



**Marta Patrícia
Carvalho Viana**

***Empowerment*, qualidade de serviço e satisfação na
consulta de diabetes**



**Marta Patrícia
Carvalho Viana**

***Empowerment*, qualidade de serviço e satisfação na
consulta de diabetes**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do Grau de Mestre em Gestão, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Silvina Maria Vagos Santana, Professora Associada com Agregação, do Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial da Universidade de Aveiro e sob a co-orientação da Professora Doutora Ana Maria Timóteo Félix, Assistente Convidada da Secção Autónoma das Ciências da Saúde.

Dedico esta dissertação aos meus pais e ao meu irmão, por me darem a educação, os valores e o suporte que me permitem a cada dia trilhar o meu caminho.

o júri

Presidente

Prof. Doutor António Carrizo Moreira

professor auxiliar do Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial da Universidade de Aveiro

Prof. Doutor Romero Manuel Bandeira Gandra

professor associado convidado do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto

Prof. Doutora Silvina Maria Vagos Santana

professora associada com agregação do Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial da Universidade de Aveiro

Prof. Doutora Ana Maria Timóteo Félix

assistente convidada da Secção Autónoma das Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro

agradecimentos

Gostaria de demonstrar o meu agradecimento a um conjunto de pessoas sem as quais não teria sido possível realizar esta dissertação.

À minha orientadora, Professora Doutora Silvina Santana, pelo acompanhamento ao longo deste trabalho. Obrigado por tudo o que ensinou e pela confiança que depositou em mim.

À minha co-orientadora, Professora Doutora Ana Félix, pela disponibilidade e simpatia que sempre demonstrou para comigo e para com o meu trabalho.

Aos profissionais dos Centros de Saúde de Aveiro, Ílhavo, Albergaria-a-Velha e Vagos, por me terem proporcionado todas as condições necessárias à recolha de dados. Obrigado pela atenção e simpatia com que me receberam.

A todos os utentes que aceitaram colaborar neste trabalho, pela paciência e pelo tempo que me dedicaram.

À Nina Szczygiel, pela ajuda na recolha de dados deste trabalho.

À Teresa, um agradecimento especial, pela ajuda incondicional ao longo de todo o trabalho. Obrigado pela amizade, pelo carinho e pelas palavras constantes de força e incentivo.

À Patrícia, pela ajuda e partilha de ideias.

Às minhas amigas pelos momentos de descontração e boa disposição.

Ao Francisco por me apoiar em todos os momentos. Obrigado por acreditares sempre que sou capaz de ir mais longe.

A todos os professores deste departamento, o meu agradecimento por tudo o que aprendi neste mestrado.

palavras-chave

empowerment, qualidade dos serviços, satisfação, diabetes, centro de saúde, cuidados de saúde primários

resumo

Os serviços de saúde em todo o mundo estão desenhados para responder às situações agudas da doença. Por isso, o aumento acentuado das doenças crónicas e o seu impacto na saúde pública e na economia representam um grande desafio à capacidade de reorganização desses sistemas. Dentro do panorama das doenças crónicas, a diabetes é considerada uma epidemia mundial. Estima-se que, em 2030, a doença afecte 366 milhões de pessoas. Para inverter esta tendência, é necessário que os governos de cada país definam estratégias de actuação, tanto ao nível da prevenção como do tratamento. É consensual que os doentes com diabetes são a pedra basilar do seu próprio cuidado e, por isso, as medidas de saúde adoptadas devem ser orientadas para o *empowerment* do doente. Simultaneamente, é necessário avaliar a qualidade de serviço percebida pelos doentes, relativamente às novas formas de organização dos cuidados. Portugal implementou, nos centros de saúde, uma consulta específica de diabetes, que se apresenta como o objecto de estudo deste trabalho.

O objectivo principal desta pesquisa é averiguar até que ponto a qualidade de serviço percebida pelo doente, na componente funcional, e o *empowerment* contribuem para a sua satisfação com o serviço prestado durante a consulta de diabetes. Para alcançar os objectivos propostos foram inquiridos 336 doentes diabéticos tipo II que frequentam a consulta específica de diabetes, em quatro centros de saúde da região de Aveiro.

Os resultados mostram que a qualidade de serviço é um antecedente da satisfação dos doentes, corroborando a literatura existente. Relativamente à relação entre o *empowerment* e a satisfação, a evidência encontrada não é suficientemente forte para suportar a relação. No entanto, os resultados mostram que a participação na tomada de decisões relativamente à doença está associada a uma maior satisfação com os serviços.

Várias linhas de investigação muito promissoras podem ser delineadas a partir dos resultados deste trabalho, nomeadamente, o desenvolvimento e a validação de modelos integradores, a replicação do trabalho em outras populações de diabéticos e o estudo da relação entre qualidade de serviço percebida pelos doentes e resultados epidemiológicos, como mortalidade e morbilidade, isto é, indicadores objectivos de qualidade em saúde.

keywords

empowerment, services quality, satisfaction, diabetes, health centers, primary care

abstract

Health services all over the world are designed to answer to situations of acute disease. Therefore, the huge increases in chronic conditions and their impact on public health and on economy represent a great challenge to the reorganizing capacity of the health systems. In a chronic diseases scenario, diabetes is a world epidemic. It is estimated that, in 2030, the disease will affect 366 million people. To invert this trend, governments have to define strategies, at the prevention and at the treatment levels.

Patient participation in the care process is essential to the success of the treatment. Therefore, health policies and measures should be oriented to patient empowerment. Simultaneously, it is necessary to assess the quality of service perceived by patients, in relation to innovative organizational models.

Portugal has implemented specific diabetes consultation in health centers, which are the subject of this study. The main research objective is to understand to which extent quality of service perceived by patients, in its functional component, and empowerment contribute to satisfaction with services provided during the diabetes consultation. To achieve this goal, 336 interviews were conducted with patients with a diagnosis of diabetes type II, attending a specific diabetes appointment, in one of four health centers in the district of Aveiro.

Results of multivariate analyses show that service quality is an antecedent of patient satisfaction, supporting the existing literature, while not providing strong evidence for the association between empowerment and satisfaction. However, results show that patient participation in decision making is connected with more satisfaction with the services.

A number of new research directions are suggested by the results. First, the development and validation of holistic models. Second, the replication of the study to other diabetic populations, like type I diabetics. Finally, it would be desirable to explore the relationship between perceived service quality and epidemiologic results, such as mortality and morbidity, which represent objective indicators of health quality.

Índice

Introdução.....	1
1 A diabetes em cuidados de saúde primários	5
1.1 A diabetes no contexto das doenças crónicas.....	5
1.2 Enquadramento da diabetes em Portugal	7
2 <i>Empowerment</i>	11
2.1 Conceptualização do empowerment	11
2.2 Empowerment em saúde	13
2.3 Aplicação do empowerment à diabetes.....	22
2.4 Instrumentos de medição de empowerment.....	26
3 Qualidade dos serviços	29
3.1 Conceptualização de serviços.....	29
3.2 Modelos de qualidade de serviço	31
3.2.1 Modelo da qualidade total percebida	31
3.2.2 Modelo dos 4Q da oferta da qualidade.....	33
3.2.3 Modelo de Grönroos-Gummesson da qualidade	34
3.2.4 Modelo dos GAP's	35
3.3 Instrumentos de avaliação da qualidade de serviço	37
3.3.1 SERVQUAL	37
3.3.2 SERVPERF.....	38
3.4 Qualidade e satisfação.....	39
4 Qualidade de serviço em saúde.....	41
4.1 Definições e modelos	41
4.2 Empowerment, qualidade e satisfação.....	45
5 Metodologia.....	47
5.1 Conceptualização do estudo	47
5.2 Operacionalização do estudo.....	48

5.3	Caracterização da população e da amostra	49
5.4	Procedimentos de recolha de dados	51
5.5	Instrumentos de medida.....	51
5.6	Métodos	57
5.6.1	Análise Factorial	58
5.6.2	Análise de Cluster	61
5.6.3	Regressão Linear.....	62
6	Resultados	65
6.1	Análise Descritiva.....	65
6.2	Processo de empowerment na consulta de diabetes.....	70
6.3	Perfil dos doentes relativamente ao processo de empowerment.....	75
6.4	Qualidade de serviço percebida nos centros de saúde	81
6.5	Perfil de doentes na percepção de qualidade de serviço.....	85
6.6	Análise de regressões.....	91
7	Discussão e conclusão	95
7.1	Discussão dos resultados	95
7.2	Limitações do estudo	100
7.3	Propostas de investigação futura	100
7.4	Conclusão	102
8	Bibliografia.....	103
	Anexos.....	Erro! Marcador não definido.

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Comparação entre o modelo médico tradicional e o modelo de <i>empowerment</i> [adaptado de Funnell (1991)]	23
Tabela 2 - Instrumentos de medida de <i>empowerment</i>	27
Tabela 3 - Características dos bens físicos e dos serviços [adaptado de Grönroos (2000)].....	30
Tabela 4 - Diabéticos registados no ACES BV II	49
Tabela 5 - Diabéticos que efectuaram consulta no ACES BV II.....	50
Tabela 6 - Agrupamento dos itens do questionário utilizado na recolha de dados.....	52
Tabela 7 - Instrumento de medida do <i>empowerment</i> [adaptado de Ouschan (2006)]..	55
Tabela 8 - Instrumento de medida da qualidade percebida dos serviços [adaptado de Cronin & Taylor (1992)]	56
Tabela 9 - Item de aferição da qualidade geral do serviço [adaptado de Cronin & Taylor (1992)].....	57
Tabela 10 - Item de aferição da satisfação com o serviço [adaptado de Cronin & Taylor (1992)].....	57
Tabela 11 - Valores de referência do KMO [adaptado de Pestana & Gageiro (2008)] ..	59
Tabela 12 - Perfil sócio-demográfico dos doentes (I).....	66
Tabela 13 - Perfil sócio-demográfico dos doentes (II).....	67
Tabela 14 - Perfil de saúde dos doentes	68
Tabela 15 - Perfil clínico dos doentes.....	69
Tabela 16 - Acesso dos doentes aos cuidados de saúde	70
Tabela 17 - Factores associados ao <i>empowerment</i>	72
Tabela 18 - Designação dos factores associados ao <i>empowerment</i>	73
Tabela 19 - <i>Empowerment</i> dos doentes	74
Tabela 20 - Variação do coeficiente de aglomeração (<i>empowerment</i>)	76
Tabela 21 - Clusters associados ao <i>empowerment</i>	76
Tabela 22 - Denominação dos clusters (<i>empowerment</i>).....	77
Tabela 23 - Variáveis continuas associadas à segmentação dos clusters de <i>empowerment</i>	78
Tabela 24 - Variáveis nominais associadas à segmentação dos clusters de <i>empowerment</i> (I)	78
Tabela 25 - Variáveis nominais associadas à segmentação dos clusters de <i>empowerment</i> (II)	79

Tabela 26 - Variáveis nominais associadas à segmentação dos clusters de <i>empowerment</i> (III)	80
Tabela 27 - Factores associados à qualidade de serviço percebida.....	83
Tabela 28 - Designação dos factores associados à qualidade de serviço percebida...	84
Tabela 29 - Qualidade de serviço percebida	84
Tabela 30 - Variação do coeficiente de aglomeração (qualidade de serviço percebida	85
Tabela 31 - Clusters associados à qualidade de serviço percebida.....	86
Tabela 32 - Denominação dos clusters da qualidade de serviço percebida.....	87
Tabela 33 - Variáveis nominais associadas à segmentação dos clusters da qualidade de serviço (I)	88
Tabela 34 - Variáveis nominais associadas à segmentação dos clusters da qualidade de serviço (II)	89
Tabela 35 - Variáveis nominais associadas à segmentação dos clusters da qualidade de serviço (III)	90
Tabela 36 - Variáveis contínuas associadas à segmentação dos clusters da qualidade de serviço.....	91
Tabela 37 - Modelo de regressão linear entre a qualidade de serviço percebida e a qualidade geral do serviço.....	92
Tabela 38 - Modelo de regressão linear entre a qualidade geral do serviço e a satisfação com o serviço	92
Tabela 39 - Modelo de regressão linear entre o <i>empowerment</i> e a satisfação com o serviço.....	93

Índice de Figuras

Figura 1 - Modelo de <i>empowerment</i> [adaptado de Gibson (1991)]	14
Figura 2 - Modelo de <i>empowerment</i> [adaptado de Ouschan (2000)]	15
Figura 3 - Modelo de <i>empowerment</i> [adaptado de Menon (2002)]	16
Figura 4 - Modelo de <i>empowerment</i> [adaptado de Bridges (2008)]	18
Figura 5 - Modelo da qualidade total percebida [adaptado de Grönroos (2000)]	31
Figura 6- Modelo dos 4Q da oferta da qualidade [adaptado de Gummesson (1987)]	33
Figura 7 - Modelo de Grönroos-Gummesson da qualidade [adaptado de Grönroos (1990)]	34
Figura 8 - Modelo dos Gap's [adaptado de Parasuraman et al. (1985)]	36
Figura 9 - Modelo de qualidade em saúde [adaptado de Wilde et al. (1993)]	43
Figura 10 - Modelo integrado de qualidade dos serviços em saúde [adaptado de Dagger et al. (2007)]	44
Figura 11 - Conceptualização do estudo	48
Figura 12 - Médias dos factores associados ao <i>empowerment</i>	75
Figura 13 - Média dos factores associados à qualidade de serviço percebida	85
Figura 14 - Relação entre a qualidade de serviço e a satisfação	93
Figura 15 – Relação entre o empowerment e a satisfação	94

Introdução

Em todo o mundo, os sistemas de saúde estiveram, desde a sua génese, orientados para o cuidado da doença aguda. No entanto, o envelhecimento da população e os avanços na medicina têm aumentado, drasticamente, a prevalência das doenças crónicas, implicando uma reorganização profunda desses sistemas. Para além disso, o impacto na economia global das despesas em saúde é colossal, havendo assim, uma grande pressão para o aumento da eficiência dos sistemas e para a diminuição do papel protector do estado.

De entre o grupo das doenças crónicas, a diabetes é hoje considerada uma epidemia. São vários os factores que têm contribuído para o acréscimo acentuado da doença, nomeadamente, o envelhecimento da população, a industrialização, o agravamento da obesidade e da inactividade física (Wild, Roglic, Green, Sicree, & King, 2004). Espera-se que, daqui a duas décadas, 366 milhões de pessoas tenham diabetes, em todo o mundo (Wild, et al., 2004). O impacto da doença na economia e na saúde pública é preocupante, o que obriga os governos de cada país a definir estratégias para travar o aumento da doença e para minimizar os seus efeitos negativos.

Portugal tem, desde a década setenta, um Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes. A última edição deste plano data de 2008 e tem como principais objectivos: gerir de forma integrada a diabetes, reduzir a prevalência da doença; reduzir a morbilidade e mortalidade por diabetes, atrasar o início das complicações associadas à patologia e reduzir a sua incidência. Uma das grandes vitórias deste plano foi a criação da consulta especializada de diabetes ao nível dos cuidados de saúde primários, que se prevê que esteja implementada em todos os centros de saúde do país no final de 2010.

A atenção ao doente diabético exige o trabalho integrado de equipas multidisciplinares que façam o acompanhamento contínuo do doente. No entanto, o sucesso no tratamento na diabetes depende, em grande parte, do próprio doente, uma vez que exige tomada de decisões diárias e mudanças de hábitos quotidianos. Assim

sendo, é necessário envolver o doente no seu próprio cuidado para que os resultados possam ser efectivos.

A eficácia dos cuidados de saúde dirigidos aos doentes diabéticos requer uma mudança de paradigma do modelo médico tradicional para um modelo mais participativo, baseado no *empowerment*. No modelo de *empowerment*, o cuidado é centrado no doente, havendo uma relação de parceria e cooperação com os profissionais de saúde. Os doentes são envolvidos na definição dos seus próprios objectivos, na tomada de decisões e na responsabilidade pelo seu próprio cuidado. Os trabalhos de investigação sobre programas educacionais, baseados na filosofia de *empowerment*, demonstram que esta abordagem tem resultados positivos para os doentes diabéticos, nomeadamente, através do controle metabólico, do melhoramento da qualidade de vida dos doentes e da satisfação dos doentes com os serviços de saúde.

A par de abordagens mais participativas para os doentes, é também necessário assegurar a qualidade de serviços em saúde. Durante muito tempo, os indicadores de qualidade em saúde basearam-se em medidas objectivas, como, por exemplo, a mortalidade. Actualmente, reconhece-se que envolver o doente na avaliação dos serviços é essencial para poder responder de forma apropriada às necessidades da população. Como referido no Relatório de Primavera de 2010, é necessário que os cuidados de saúde dirigidos aos diabéticos dêem resposta às necessidades dos doentes em termos de qualidade e *empowerment* (OPSS, 2010).

Assim sendo, este trabalho coloca o foco na qualidade dos serviços de saúde primários e no *empowerment* dos doentes diabéticos que frequentam a consulta especializada de diabetes nos centros de saúde. O objectivo principal é investigar a relação entre o *empowerment* dos doentes diabéticos e a sua satisfação com os serviços de saúde e a relação entre a qualidade percebida dos serviços e a satisfação com os mesmos.

Mais especificamente, pretende-se caracterizar o conceito de *empowerment* e investigar a sua aplicação aos cuidados de saúde primários; caracterizar o conceito de qualidade de serviço percebida e analisar a sua aplicação aos cuidados de saúde primários; identificar os factores associados ao *empowerment*; identificar os factores associados à qualidade de serviço percebida; perceber se existem grupos de doentes que entendem o processo de *empowerment* da mesma forma e quais são as características desses grupos; perceber se existem grupos de doentes que percebem a qualidade dos serviços da mesma forma e quais são as

características desses grupos; estudar a relação entre o empowerment e a satisfação dos doentes e entre a qualidade de serviço e satisfação dos doentes.

Os resultados desta investigação poderão contribuir, a vários níveis, para o conhecimento na área de gestão de organizações de saúde. A um nível macro poderão ser uma mais-valia no aprofundamento científico das temáticas em estudo e permitir a articulação de conhecimentos das áreas de saúde e gestão. A um micro poderão permitir um melhor entendimento, por parte das entidades de saúde, das características dos serviços que conduzem à satisfação dos doentes e subsequente definição de estratégias de melhoria.

O trabalho apresenta um carácter exploratório, dada a inexistência de trabalhos científicos que analisem a relação entre a qualidade dos serviços e a satisfação bem como, entre o *empowerment* e a satisfação, na consulta de diabetes. A metodologia envolveu a recolha de dados em quatro centros de saúde, através da aplicação de um inquérito a 336 doentes diabéticos tipo II. Os dados foram sujeitos a tratamento estatístico, nomeadamente, análise factorial, análise de clusters e regressões lineares, utilizando o PAWS Statistics 18.

Tendo em conta o objectivo a que se propõe, este trabalho está organizado em sete capítulos. No primeiro capítulo, aborda-se a patologia da diabetes e o seu impacto no Sistema de Saúde Português. Analisa-se, também, a organização dos cuidados de saúde primários, nomeadamente, a consulta específica de diabetes. No segundo capítulo, introduz-se a temática do *empowerment* em saúde, definindo-se conceitos e modelos presentes na literatura. Por último, estuda-se a aplicação do *empowerment* à diabetes. No terceiro capítulo, analisa-se o conceito de qualidade de serviço e alguns dos modelos presentes na literatura. No quarto capítulo, estabelece-se o conceito de qualidade de serviço em saúde e analisa-se a relação entre qualidade de serviço e satisfação e entre *empowerment* e satisfação. No quinto capítulo, descreve-se a metodologia de investigação utilizada no trabalho. No sexto capítulo, reportam-se os resultados da análise estatística efectuada. Por último, no sétimo capítulo, apresentam-se a discussão dos resultados obtidos e a conclusão do trabalho, apontando as suas limitações e traçando possíveis linhas de investigação futura.

1 A diabetes em cuidados de saúde primários

A epidemia global da diabetes é hoje uma realidade. Para além dos custos com a doença terem vindo a crescer de forma acentuada e muito rapidamente, a doença tem também um impacto muito negativo ao nível do indivíduo, das famílias e da sociedade em geral. Assim, é exigido aos governos de cada país que definam estratégias claras para travar o aumento da doença e que proponham medidas que permitam o seu controlo, pretendendo-se diminuir as complicações associadas à doença, moderar os gastos em saúde e melhorar a saúde geral da população. Apesar de as linhas de intervenção para a diabetes compreenderem todos os níveis de cuidado - primário, secundário e terciário – os cuidados de saúde primários assumem um papel de destaque, uma vez, que permitem a detecção precoce da doença, o controlo dos factores de risco e o acompanhamento contínuo do doente.

No presente capítulo, pretende-se enquadrar a diabetes no contexto das doenças crónicas e dos cuidados de saúde primários.

1.1 A diabetes no contexto das doenças crónicas

O contexto dos cuidados de saúde tem vindo a modificar-se profundamente nas últimas décadas. Se, anteriormente, os cuidados de saúde eram orientados para os casos agudos de doença, actualmente, o paradigma mudou e as doenças crónicas assumem um papel preponderante. As pessoas vivem cada vez mais tempo com uma ou mais doenças crónicas (WHO, 2002)

Por doença crónica entende-se um problema de saúde que persiste ao longo do tempo e para o qual é necessário, em alguma medida, cuidados de saúde (WHO, 2002). São exemplos de doenças crónicas, a SIDA, as doenças cardiovasculares, o cancro, a asma e a diabetes. A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002) refere que as doenças crónicas possuem algumas características semelhantes entre si:

- estão a aumentar em todo o mundo e nenhum país está imune ao seu impacto;

- representam um desafio para os actuais sistemas de saúde no que se refere à eficiência e à efectividade dos cuidados, desafiando a capacidade de organização dos sistemas, de forma a conseguirem colmatar as necessidades reais;
- aumentam os problemas económicos e sociais, ameaçando os recursos de saúde de cada país;
- os seus efeitos só serão minimizados quando os líderes governamentais implementarem sistemas de saúde inovadores.

A diabetes, sendo uma doença crónica, não é uma excepção a esta realidade.

A diabetes é uma doença metabólica caracterizada pelo aumento da glicemia no sangue, devido a defeitos na secreção de insulina, na acção da mesma, ou em ambos. A doença é causada por um conjunto complexo de interacções genéticas, ambientais e de estilos de vida (Jameson, et al., 2006). A desregulação metabólica associada à diabetes inclui, a longo prazo, disfunção e falência de vários órgãos, nomeadamente neurológicos, oftalmológicos, renais e cardiovasculares (Kahn, et al., 2004).

Tendo em conta a classificação etiológica da patologia, esta divide-se em duas grandes categorias, a Diabetes Tipo I e a Diabetes Tipo II. A Diabetes Tipo I, anteriormente designada como diabetes insulino-dependente ou diabetes juvenil, representa 5 a 10% dos casos de diabetes (ADA, 2010a). Este tipo de diabetes resulta da destruição auto-imune das células β do pâncreas (Jameson, et al., 2006). A Diabetes Tipo II, antes conhecida como não insulino-dependente ou diabetes dos adultos, abrange 90 a 95% dos casos de diabetes (ADA, 2010a). Este tipo de diabetes caracteriza-se pela resistência à insulina e pela produção deficiente da mesma (Jameson, et al., 2006). São também conhecidos outros tipos de diabetes etiologicamente diferentes e menos expressivos do que os referidos anteriormente. Estes compreendem a diabetes gestacional e um grupo vasto de situações específicas, que incluem defeitos genéticos, anomalias metabólicas, anomalias celulares e um conjunto de outras situações que dificultam a tolerância à insulina (Jameson, et al., 2006).

Existe ainda a condição de pré-diabetes, caracterizada por níveis de glicose no sangue superiores ao normal, não sendo contundo, suficientemente, elevados para o diagnóstico de diabetes (Correia, et al., 2009). As pessoas com pré-diabetes podem ter anomalia da glicemia em jejum (AGJ), tolerância diminuída à glicose (TDG) ou ambas as condições, simultaneamente. Os indivíduos com pré-diabetes têm um risco relativamente elevado de vir a desenvolver a patologia (ADA, 2010a).

O tratamento da diabetes é feito com recurso a meios farmacológicos e não-farmacológicos. Os meios farmacológicos incluem anti-diabéticos orais e insulina, podendo também, ser necessária medicação complementar, como os anti-hipertensores e os anti-dislipidémicos (Correia, et al., 2009). A terapêutica não farmacológica compreende uma alimentação saudável e a prática regular de exercício físico. Os principais objectivos do tratamento são eliminar os sintomas relacionados com a hiperglicemia, reduzir ou eliminar as complicações associadas à doença e permitir que o doente tenha um estilo de vida o mais aproximado do normal quanto possível (Jameson, et al., 2006).

A diabetes requer prevenção e tratamento médico contínuo, assim como educação e suporte no auto-cuidado do doente, a fim de prevenir situações agudas e reduzir o risco de complicações a longo prazo (ADA, 2010b). Os doentes com diabetes devem ser acompanhados por uma equipa multidisciplinar constituída por médicos, enfermeiros, nutricionistas e outros profissionais de saúde considerados importantes no tratamento, nomeadamente, psicólogos, oftalmologistas, dermatologistas e endocrinologistas. Esta equipa deve formular, em conjunto com o doente e respectiva família, um plano terapêutico, no qual devem ser utilizadas estratégias educacionais que permitam ao doente gerir, convenientemente, a sua doença (ADA, 2010b).

1.2 Enquadramento da diabetes em Portugal

A prevalência da diabetes no mundo, tendo em conta todos os grupos etários, irá passar de 2.8% em 2000 para 4.4% em 2030 (Wild, et al., 2004). É esperado que o número total de pessoas com diabetes aumente de 171 milhões de pessoas, em 2000, para 366 milhões, em 2030 (Wild, et al., 2004).

Em Portugal, o cenário é igualmente alarmante, sendo a prevalência de diabetes, nos grupos etários entre os 20 e os 79 anos, de 12.4% em 2010 (IDF, 2010). Um estudo sobre esta doença em Portugal (Correia, et al., 2009), abrangendo o período entre 2000 e 2007, realça os seguintes factos:

- a prevalência da diabetes na população é de 11,7%;
- 23,2% da população tem pré-diabetes;
- 25% dos internamentos por Acidente Vascular Cerebral são em pessoas com diabetes, tendo a sua importância relativa aumentado mais de 30% no período considerado;

- 29% dos enfartes do miocárdio ocorrem em pessoas com diabetes, tendo a sua importância relativa aumentado também mais de 30% no período considerado;
- a doença assume um papel significativo nas causas de morte em Portugal e o seu impacto tem vindo a aumentar;
- os internamentos hospitalares no Sistema Nacional de Saúde, tendo como diagnóstico principal a diabetes, aumentaram 85% no período considerado;
- o consumo de medicamentos para a diabetes aumentou 30% em Portugal, entre 2000 e 2007;
- esta patologia representou, para Portugal, em 2008, um custo directo entre 900 e 1100 milhões de euros, o que representa 0.7% do PIB Português em 2009 e 7% da despesa total em saúde.

Portugal tem um Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes desde a década de setenta, tendo sido actualizado em 1992 e revisto em 1995. Afigura-se assim, como um dos programas mais antigos em Portugal no âmbito da saúde pública. A última publicação deste programa foi feita em 2008 (DGS, 2008). Os seus principais objectivos são: gerir a diabetes de forma integrada; reduzir a prevalência da diabetes; reduzir a morbilidade e a mortalidade por diabetes, atrasar o início das complicações da diabetes e reduzir a sua incidência. O seu âmbito de aplicação são os cuidados de saúde primários, secundários e terciários. Relativamente aos cuidados de saúde primários, o programa prevê estratégias de formação para os profissionais de saúde e para os doentes. As estratégias previstas para os doentes diabéticos devem seguir as seguintes linhas de orientação (DGS, 2008):

- “Dirigir a intervenção educativa para a optimização do controlo metabólico, através da utilização dos materiais de auto-vigilância da diabetes, para a prevenção das complicações agudas e crónicas da diabetes e para a melhoria da qualidade de vida do doente;
- Planear o processo educativo, contemplando abordagens individuais e em grupo;
- Proceder à avaliação inicial dos conhecimentos e das práticas diárias do doente;
- Basear as intervenções educacionais na avaliação inicial;
- Encorajar a discussão e a participação da pessoa com diabetes no processo educativo;
- Introduzir os conceitos de acordo com o ritmo de aprendizagem do doente;

- Adequar o processo educativo ao grupo etário e nível cultural do doente, tendo em conta as características de grupos potencialmente vulneráveis como, por exemplo, pessoas em situação de exclusão social, pessoas pouco diferenciadas na linguagem e na compreensão ou pessoas com patologia psiquiátrica;
- Avaliar o nível da aprendizagem e as alterações ocorridas, ao longo do processo educativo, nas práticas diárias do doente.”

Este programa foi também responsável pela implementação do Guia do Diabético nos cuidados de saúde primários e aponta como meta para 2010 a implementação da consulta específica de diabetes em todos os centros de saúde em Portugal.

O Guia do Diabético foi criado pelas Regiões Europeias da Organização Mundial de Saúde e pela Federação Internacional de Diabetes e adoptado, em Portugal, pelos profissionais de saúde. Segundo a Portaria nº 655/2007 de 30 de Julho, que vem dar continuidade à Portaria nº668/98, de 5 de Maio, os objectivos do guia são permitir a troca de informação relevante entre a pessoa com diabetes e os profissionais de saúde, as suas famílias e todos os que se preocupam com o seu bem-estar, ajudando-a a compreender, com maior clareza, os aspectos e métodos do seu tratamento. O Guia deve conter os registos actualizados dos dados de observação, problemas de saúde, medicamentos necessários, objectivos anuais de tratamento e resultados dos exames realizados em cada trimestre.

A consulta específica de diabetes realiza-se de 3 em 3 meses e fica marcada sempre na consulta anterior. A consulta divide-se em dois momentos. O primeiro momento, consiste na consulta de enfermagem e o segundo momento, baseia-se na consulta médica. A consulta de enfermagem tem como objectivos: avaliar alguns parâmetros clínicos, tais como a tensão arterial, o perímetro abdominal e o índice de massa corporal; educar o doente para a saúde, nomeadamente, através do incentivo à prática regular de exercício e a hábitos alimentares saudáveis; fazer a vigilância do auto-controlo do diabético (registo das glicemias efectuadas); observar o pé diabético, de forma a averiguar a existência de alterações cutâneas. De seguida, o utente é encaminhado para a consulta com o médico de família. Esta consulta tem como propósito avaliar os dados recolhidos na consulta de enfermagem e os exames realizados pelo doente, nomeadamente, análises clínicas. Tendo em conta esta informação e a observação clínica, o médico avalia o estado de saúde do utente e adequa o tratamento.

De facto, Portugal tem feito avanços significativos nos cuidados da diabetes, no âmbito dos cuidados de saúde primários. No entanto, ainda há muitos investimentos e melhorias a efectuar. O Relatório de Primavera 2010 (OPSS) refere a necessidade, de os cuidados de saúde primários, adoptarem uma abordagem integrada à gestão da diabetes, nomeadamente, através da “organização estruturada de intervenções multidisciplinares especialmente vocacionadas para a diabetes, com capacidade para rastrear as complicações secundárias (retinopatia e pé diabético, entre outras), no sentido de prestar um apoio integrado e fundamentado na evidência e dar resposta às necessidades em termos de qualidade, acessibilidade e *empowerment*” (OPSS, 2010)

No capítulo seguinte aborda-se a temática do *empowerment*, de forma a uma melhor compreensão da aplicação deste conceito aos cuidados de saúde mais, especificamente, à diabetes.

2 *Empowerment*

Abordar o *empowerment* é essencial no contexto dos cuidados de saúde, especialmente, no âmbito das doenças crónicas, como é o caso da diabetes. Tradicionalmente, os profissionais de saúde olhavam para os doentes como um objecto que necessita de ajuda, e não como parte integrante do processo de cuidado (Enehaug, 2000). A filosofia de *empowerment* reitera o oposto, exigindo uma transição de poder dos profissionais de saúde para os doentes. Quanto mais o sistema de saúde envolver os doentes como parceiros, menos os doentes serão vistos como meros receptores de cuidados. E assim, quanto mais o sistema de saúde procurar responder às necessidades e preferências dos doentes, mais os doentes estarão informados e envolvidos no seu próprio cuidado (Bridges, Loukanova, & Carrera, 2008).

Neste capítulo pretende-se enquadrar e definir *empowerment* nos cuidados de saúde, abordando, com especial atenção, a aplicação do conceito à diabetes.

2.1 *Conceptualização do empowerment*

O conceito de *empowerment* surge na década de setenta, associado a fenómenos sociais, como movimentos feministas, raciais e homossexuais. Ao longo dos anos, o conceito evolui e tem sido amplamente aplicado em diversas áreas do conhecimento, designadamente, gestão, educação, sociologia, psicologia, trabalho social e religião (Bartunek & Spreitzer, 2006).

A palavra *empowerment* surge da palavra latina “potere”, que significa ser capaz (Gibson, 1991). A definição de *empowerment* apresenta-se complexa e pouco concertada. São várias as razões que contribuem para esta falta de clareza. A primeira prende-se com o facto de o *empowerment* ser aplicado a uma imensidão de áreas científicas. A segunda, está relacionada com o facto de ser considerado tanto um resultado como um processo (Gibson, 1991; Perkins & Zimmerman, 1995; Tengland, 2007). Por último, realça-se o facto de o *empowerment* poder ser analisado em diferentes níveis, individual, organizacional e comunitário (Zimmerman, 1995). No

presente trabalho o *empowerment* é estudado no âmbito da saúde, como um processo, ao nível individual.

Vários são os autores que apresentam definições para o conceito de *empowerment*. Rappaport (1984)- uma referência na literatura - define *empowerment* como “um processo através do qual as pessoas, as organizações e as comunidades ganham controlo sobre as suas próprias vidas.”

Ao nível individual, o *empowerment* compreende comportamentos participativos, motivação para exercer controlo, sentimentos de eficácia e controlo. Ao nível organizacional, o *empowerment* inclui liderança partilhada, oportunidades para desenvolver competências, expansão e influência na comunidade. O *empowerment* na comunidade inclui organizações com poder, oferecendo oportunidades para a participação dos cidadãos na tomada de decisões e permitindo a consideração de múltiplas perspectivas durante tempos de conflito (Zimmerman, 1990).

Ao nível individual de análise o *empowerment* compreende três componentes: a componente interpessoal, interaccional e comportamental (Zimmerman, 1995):

Componente interpessoal - refere-se ao que o indivíduo pensa sobre si próprio e inclui domínios como o controlo percebido e auto-eficácia, motivação para o controlo, competência percebida e domínio.

Componente interaccional - refere-se ao entendimento que as pessoas têm sobre a comunidade e sobre os assuntos sociopolíticos relacionados com a mesma. O indivíduo deve ter conhecimento sobre as opções que estão à sua disposição, num determinado contexto, para que possa exercer controlo nesse ambiente. O indivíduo deve também desenvolver uma sensibilidade crítica sobre o seu meio. Esta sensibilidade consiste no conhecimento que as pessoas têm sobre os recursos necessários para alcançar os objectivos desejados, sobre como obter esses recursos, e sobre a capacidade de gerir esses recursos. Para além disto, o indivíduo deve ter a capacidade de tomar decisões, de liderar e de resolver problemas. A componente interaccional fornece a ponte entre o controlo percebido e a acção de controlo efectivamente exercida.

Componente comportamental - esta componente refere-se às acções tomadas, pelo indivíduo, para influenciar directamente os resultados.

Estas três componentes do *empowerment* fundem-se na imagem de uma pessoa que acredita que tem capacidade para influenciar um dado contexto, entender como é

que o sistema funciona nesse contexto e desenvolver comportamentos para exercer controlo nesse mesmo contexto (Zimmerman, 1995).

Exercer controlo é importante em diferentes situações que se colocam a qualquer indivíduo. É indispensável que um colaborador de uma empresa, que um membro de uma comunidade, que um utente de um centro de saúde tenham a capacidade de controlar os assuntos que lhe dizem respeito para poder tomar decisões em consciência.

2.2 Empowerment *em saúde*

Dada a crescente complexidade dos cuidados, o envelhecimento das populações, o aumento das doenças crónicas e a pressão para a eficiência dos sistemas de saúde, a transferência de poder dos profissionais de saúde para os doentes é crucial (Loukanova & Bridges, 2008). A adopção do paradigma de *empowerment* em saúde apresenta-se, assim, como uma discussão pertinente. Num período relativamente curto de tempo, passou-se de um modelo predominantemente paternalista para um modelo centrado no doente, que tenta democratizar a tomada de decisão, tornar a informação acessível a todos e empoderar os doentes (Taylor, 2009). Nesta perspectiva, o *empowerment* pode ser visto como um movimento oposto às atitudes paternalistas do estado social, desenvolvido ao longo do século XX (Loukanova & Bridges, 2008)

Em 1998 a Organização Mundial de Saúde associa o conceito de *empowerment* em saúde à promoção de saúde. Esta organização define o *empowerment* como “um processo através do qual as pessoas ganham um maior controlo sobre as decisões e as acções que afectam a sua saúde” (WHO, 1998).

São vários os autores que se debruçaram sobre o estudo do *empowerment* em saúde, apresentando definições e modelos.

Para Roberts (1999), o conceito de *empowerment* implica uma redistribuição do poder entre o doente e o profissional de saúde. O processo de *empowerment* envolve os participantes na formulação dos problemas, na tomada de decisão e nas acções, o que significa que o especialista tem que ceder algum poder e controlo (Tengland, 2007).

Segundo Gibson (1991), o *empowerment* define-se como “um processo social de reconhecimento, promoção e reforço das capacidades das pessoas para perceberem

as suas necessidades, resolverem os seus problemas e mobilizarem os recursos necessários para sentirem controlo sobre as suas próprias vidas”.

Este investigador construiu um modelo de *empowerment* baseado na revisão da literatura, que pretende ser uma representação do processo de *empowerment* na prática de enfermagem. O modelo é constituído por três dimensões (Gibson, 1991): o doente, o enfermeiro e a interacção entre o doente e o enfermeiro. O modelo pressupõe que o processo de *empowerment* resulta de atributos associados a cada uma das dimensões identificadas (Figura 1).

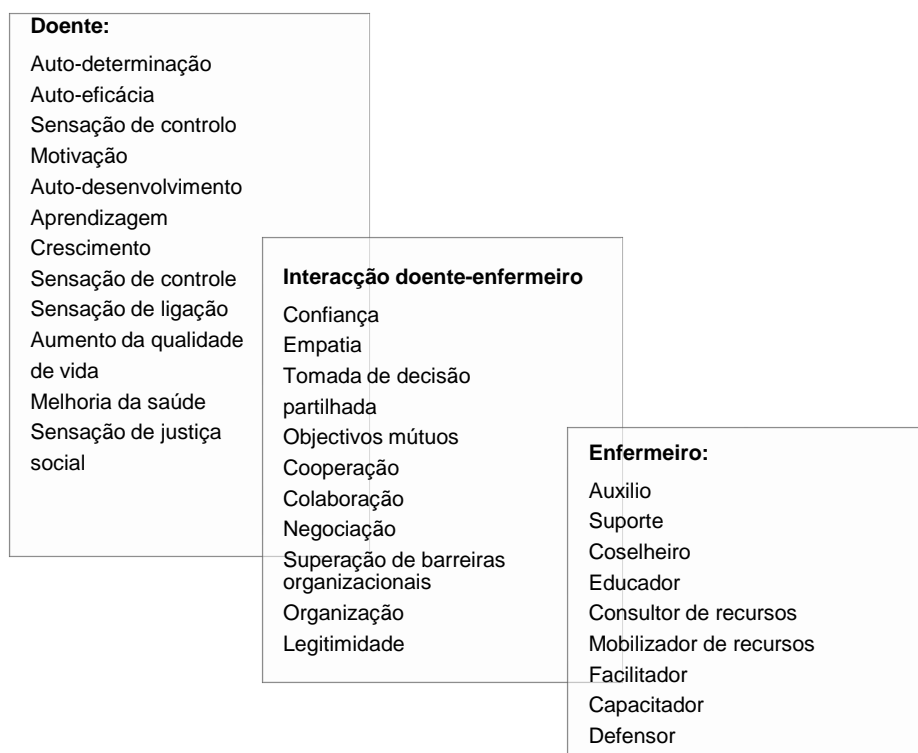


Figura 1 - Modelo de *empowerment* [adaptado de Gibson (1991)]

A primeira dimensão relaciona-se com o doente e pressupõe atributos necessários ao seu *empowerment*, como a auto-eficácia, a auto-determinação e a motivação para actuar. A segunda dimensão revela a interacção entre o doente e o enfermeiro, que é vista como uma relação de cooperação que pressupõe confiança, empatia, formulação conjunta de objectivos, negociação e tomada de decisão partilhada. Todos estes atributos são necessário para equilibrar o poder entre o doente e o enfermeiro. A terceira dimensão pressupõe o enfermeiro como um educador, como um meio para o doente conseguir recursos; o enfermeiro é visto como um suporte para o doente.

Baseado no autor anterior, Ouschan desenvolveu um modelo que integra o contexto das consultas médicas (Ouschan, Sweeney, & Johnson, 2000). Segundo este

modelo, o *empowerment* é constituído por três dimensões (Figura 2): i) controlo percebido pelo utente sobre a sua doença; ii) participação no processo de decisão clínica; e iii) educação e suporte dado pelo médico durante as consultas com o utente.

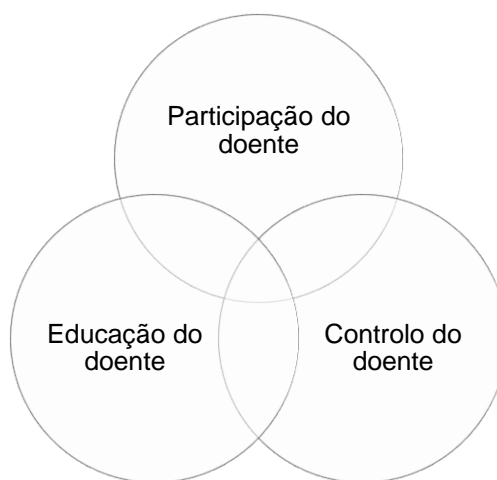


Figura 2 - Modelo de *empowerment* [adaptado de Ouschan (2000)]

O autor confirma com o modelo proposto a natureza multidimensional do constructo de *empowerment* (Ouschan, Sweeney, & Johnson, 2006). A dimensão “controlo do doente” consiste no ajustamento psicológico do indivíduo à doença e na competência e controlo percebidos sobre os sintomas, os cuidados de saúde e o curso da doença. A “participação do doente” considera os comportamentos do doente que influenciam a tomada de decisão clínica. Por último, a “educação do doente” estabelece o papel do médico na ajuda do doente a adquirir competências e a ultrapassar barreiras educacionais, oferecendo suporte emocional.

Chamberlin desenvolveu trabalho sobre a aplicação do *empowerment* ao contexto psiquiátrico (Chamberlin, 1997; Rogers, Chamberlin, Ellison, & Crean, 1997). Ao constatar a falta de definições claras na abordagem do *empowerment*, o autor confere a este conceito um conjunto de atributos (Chamberlin, 1997):

- Ter poder de decisão;
- Ter acesso aos recursos e informação;
- Ter um leque de opções nas quais é possível tomar opções;
- Ser assertivo;
- Acreditar que um indivíduo pode fazer a diferença;
- Aprender a pensar de uma forma crítica;
- Aprender a lidar com a fúria;
- Sentir-se parte de um grupo;

- Perceber que as pessoas têm direitos;
- Efectuar mudanças na própria vida e na vida da comunidade;
- Aprender competências importantes para o indivíduo;
- Mudar a percepção dos outros sobre as competências do indivíduo e da sua capacidade de agir;
- “Sair do armário”;
- Interiorizar que o crescimento e a mudança nunca acabam;
- Ter uma auto-imagem positiva e ultrapassar o estigma.

Estes atributos ajudam a explicar o enquadramento das filosofias de *empowerment* nos cuidados de saúde mental. Apesar de esta ser uma área particular, alguns dos atributos estudados podem ser generalizados ao *empowerment* do doente.

Menon (2001) construiu um modelo de *empowerment* nas organizações e adaptou esse modelo aos cuidados de saúde (Figura 3). Para o autor o *empowerment* em saúde pode ser contextualizado tendo em conta três entidades básicas. A primeira corresponde ao indivíduo, que faz a gestão diária da sua saúde e que é um potencial receptor de cuidados; a segunda é constituída pelos prestadores de cuidados de saúde, com os quais o indivíduo interage quando necessita de cuidados de saúde; a terceira refere-se aos sistemas e políticas de saúde, que podem afectar, de alguma forma, a saúde do indivíduo (Menon, 2002).

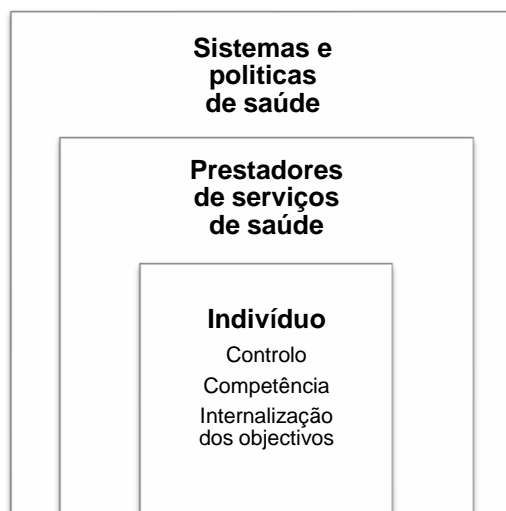


Figura 3 - Modelo de *empowerment* [adaptado de Menon (2002)]

Este modelo explica o *empowerment* como sendo um estado cognitivo que é afectado por três factores (Menon, 2002): controlo percebido, competência percebida e internalização dos objectivos.

A percepção de controlo, ao nível do indivíduo, ocorre quando este consegue controlar factores associados à manutenção diária da sua saúde, como a alimentação, o exercício, as condições sanitárias e as condições sociais. Quando o indivíduo precisa de assistência médica, a experiência de controlo percebido depende de factores como o acesso, a qualidade dos serviços e a interacção com os prestadores de cuidados de saúde. No que refere aos sistemas e políticas de saúde, o indivíduo experiencia controlo quando se sente protegido e que a sua saúde está salvaguardada.

No que respeita à competência percebida, ela também difere consoante o nível em análise. O indivíduo experiencia competência percebida quando acredita que tem capacidade e conhecimento para manter um estilo de vida saudável, quando considera que tem capacidade para gerir os problemas relacionados com a sua saúde e quando sabe onde e como obter a assistência especializada que necessita. Nas interacções com os prestadores de serviços de saúde, o indivíduo experiencia competência percebida quando acredita que pode gerir com sucesso os vários aspectos da interacção, tais como comunicar claramente as suas necessidades, saber que perguntas deve colocar, perceber a informação que lhe é dada sobre a doença, tratamentos e opções, seguir as instruções médicas e reportar o seu progresso. No que se relaciona com a interacção entre o indivíduo e os sistemas políticos e de saúde, o indivíduo percebe competência quando acredita que consegue lidar com os aspectos burocráticos do sistema.

A internalização dos objectivos está relacionada com a incorporação de certos padrões, ideias e atitudes. Ou seja, o indivíduo muda comportamentos porque acredita que o seu objectivo será a manutenção da sua saúde e do seu bem-estar.

Aujoulat, d'Hoore, & Deccache (2007) analisaram de que forma é que o conceito de *empowerment* tem sido utilizado nos cuidados e educação de doentes crónicos. Os autores consideram que o processo de *empowerment* é constituído por duas dimensões: uma dimensão interpessoal e uma dimensão intrapessoal. A dimensão interpessoal sugere que o *empowerment* é um processo interactivo, no qual o poder é dado por uma pessoa a outra. A dimensão intrapessoal apresenta o *empowerment* como um processo pessoal, em que o poder é criado pela própria pessoa. Apesar de a natureza destes dois processos ser diferente, o objectivo final é o mesmo: ganhar poder sobre a própria vida.

Mais recentemente, Bridges (2008), assumindo o *empowerment* como um processo com antecedentes, obstáculos e resultados, construiu um modelo holístico que tenta

explicar o processo de *empowerment* como um todo (Figura 4). Este modelo é constituído por dois actores, o doente e o sistema de saúde, que inclui os profissionais que prestam cuidados de saúde.

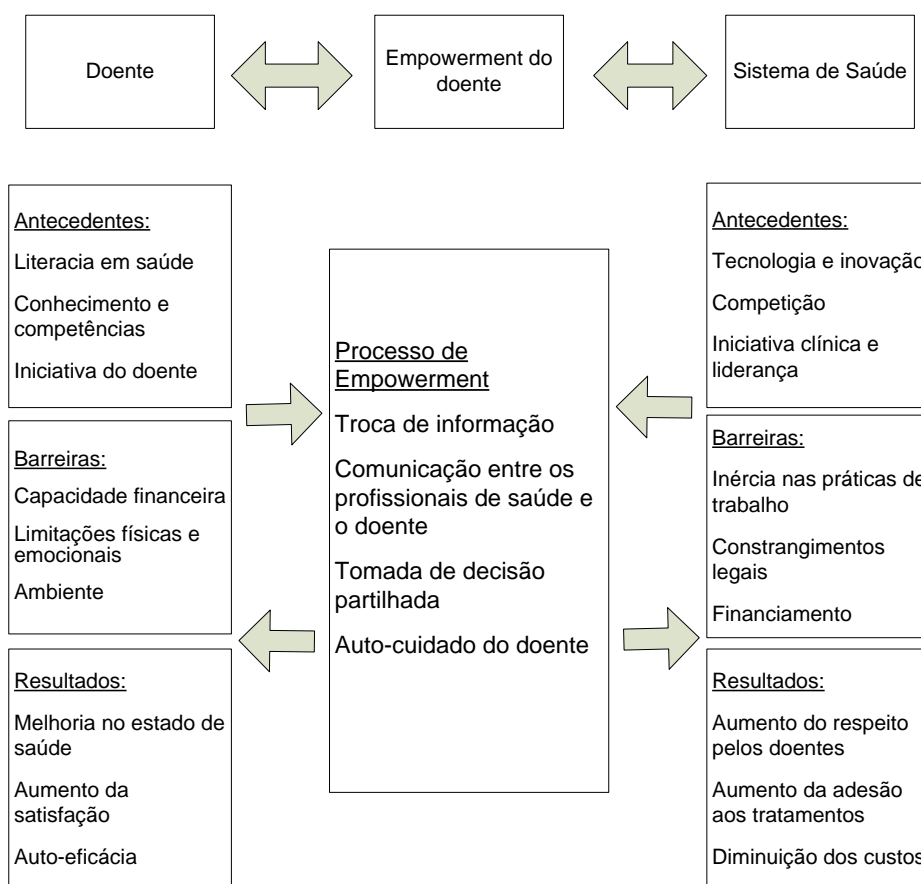


Figura 4 - Modelo de *empowerment* [adaptado de Bridges (2008)]

O processo de *empowerment* é constituído por quatro actividades principais: a troca de informação, a comunicação entre os profissionais de saúde e o doente, a tomada de decisão partilhada e o auto-cuidado do doente (Bridges, et al., 2008).

A partilha de informação assume-se como uma das principais actividades do processo de *empowerment*. Nesta actividade, o doente não pode ser somente um receptor de informação mas tem também que ser um agente activo que gera e processa informação. Para um processo de *empowerment* efectivo, os doentes precisam de informar o sistema de saúde sobre a sua situação, quer em termos de saúde, quer em termos das suas necessidades em relação aos serviços prestados. Um doente melhor informado é certamente um doente mais responsável (Bridges, et al., 2008).

A comunicação entre os profissionais de saúde e o doente é útil para aferir necessidades clínicas e humanas do indivíduo. A comunicação pode ser usada para

entender os sintomas e a história do utente mas também pode ser utilizada para entender as necessidades do utente e discutir o tratamento mais adequado. Por outro lado, a comunicação facilita uma ligação de confiança entre o profissional e o doente, e proporciona um ambiente de empatia que conduz a uma maior satisfação de todas as partes envolvidas (Bridges, et al., 2008).

A tomada de decisão partilhada pode ser vista a um nível micro, na interacção entre o doente e os profissionais de saúde ou a um nível macro, na interacção entre o doente e os sistemas e políticas de saúde. Permitir este envolvimento do utente na tomada de decisões, pode ter consequências positivas, não só ao nível do auto-cuidado, mas também na efectividade dos esforços em saúde pública, nomeadamente, na triagem, no tratamento, nos programas de controlo de doenças e, potencialmente, nos custos em saúde (Bridges, et al., 2008).

Um dos elementos que melhor define um doente com *empowerment* é o auto-cuidado ou auto-gestão da doença. Estas actividades envolvem activamente o doente na equipa de cuidados de saúde. O auto-cuidado abrange actividades como a prevenção de complicações, mudanças de comportamentos e gestão da medicação (Bridges, et al., 2008).

São vários os antecedentes relativos ao doente e que são necessários no processo de *empowerment* nomeadamente, a literacia em saúde, o conhecimento e competências do doente e a iniciativa do doente (Bridges, et al., 2008).

A literacia em saúde define-se como: “competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para aceder, compreender e usar a informação na promoção e manutenção da sua saúde”(WHO, 1998). A literacia em saúde afecta a capacidade do utente para compreender os prestadores de cuidados de saúde e para perceber o diagnóstico, o tratamento e os resultados esperados (Bridges, et al., 2008). A baixa literacia está associada a maus resultados em saúde (Dewalt, Berkman, Sheridan, Lohr, & Pignone, 2004) e, por isso, alcançar altos níveis de literacia numa população não é apenas um objectivo vital, mas um objectivo que produz benefícios substanciais na saúde pública (Nutbeam, 2009). O conhecimento e as competências em saúde estão directamente relacionados com a literacia. Ambos são necessários à participação activa do doente no processo de *empowerment*. Por último, a iniciativa do doente é uma peça fundamental no processo de *empowerment*. Esta relaciona-se com a competência e com a motivação para estar envolvido na tomada de decisões e para participar no processo de mudança (Bridges, et al., 2008).

As barreiras que os doentes podem enfrentar no processo de *empowerment* são várias, entre elas, a capacidade financeira, as limitações físicas e emocionais e o ambiente social (Bridges, et al., 2008).

A incapacidade para pagar pelos serviços de saúde ou a falta de acesso aos mesmos apresentam-se como forças desestabilizadoras no processo de *empowerment*. Os utentes podem também estar limitados pelo seu estado de saúde e pelo ambiente sociocultural no qual estão inseridos. As atitudes e valores que estão instalados num dado ambiente sociocultural podem igualmente ser negativas no processo de *empowerment*. As barreiras geográficas podem também funcionar como inibidoras do processo de *empowerment*. Os doentes que pertencem a meios rurais ou mais pobres podem enfrentar mais barreiras no acesso ao sistema de saúde (Bridges, et al., 2008).

São vários os resultados do processo de *empowerment* relacionados com o doente, entre eles a melhoria no estado de saúde, o aumento da satisfação com os serviços e o aumento da auto-eficácia (Bridges, et al., 2008).

O autor propõe que existem vários antecedentes ao processo de *empowerment* relacionados com o sistema de saúde: tecnologia e inovação, competição, iniciativa clínica e liderança.

As mudanças tecnológicas dos últimos 30 anos tiveram mais impacto no *empowerment* do utente do que qualquer outro factor (Bridges, et al., 2008). Para além dos novos tratamentos, os doentes passam menos tempo nos hospitais, têm mais acesso à informação (especialmente através da Internet) e têm um maior papel no seu próprio cuidado. A competição conduz à inovação, que pode ser impulsionada por motivos profissionais, académicos ou financeiros. Num ambiente competitivo, para alcançar uma maior base de clientes, médicos, hospitais, seguradoras e indústria têm de desenvolver produtos e serviços que os clientes julguem como benéficos. Finalmente, através da forma de liderança, os profissionais de saúde têm alterado o modo como interagem com os doentes. A utilização de uma abordagem centrada no doente pode ser vista como uma forma de gerir o cuidado ou uma reacção contra o racionamento dos recursos (Bridges, et al., 2008).

As barreiras inerentes ao sistema de saúde, no que diz respeito ao processo de *empowerment* na saúde, incluem inércia nas práticas de trabalho, os constrangimentos legais e financiamento.

De uma perspectiva de justiça social, os cuidados de saúde são considerados um bem especial e complexo, uma vez que contêm um grande grau de incerteza. Os recursos limitados do sistema de saúde e a variabilidade substancial na qualidade do cuidado leva a que os governos se envolvam no financiamento e prestação dos cuidados de saúde, para racionar e redistribuir equitativamente os mesmos. O racionamento é sempre baseado em princípios de igualitarismo, para que a maioria das pessoas possa ter acesso a cuidados de saúde. No entanto, esta perspectiva pode ser vista como uma forma de paternalismo, em vez de ser vista como respeito pelos valores e preferências dos indivíduos. O desenvolvimento histórico por trás do fornecimento, regulamentação e financiamento do sistema de saúde resultou, sempre, em sistemas que impõe barreiras ao *empowerment* do doente, nomeadamente, através da inércia nas práticas de trabalho (especialmente na burocracia governamental), constrangimentos legais e financeiros. Em qualquer país, os cuidados de saúde são fornecidos por entidades autónomas e semi-autónomas, abrangendo uma série de profissionais e também barreiras culturais. Tudo isto é agravado pela abordagem mais tradicional da medicina, predominantemente baseada na opinião dos especialistas e no julgamento clínico. Assim, as práticas de cuidado estabelecidas ao longo do tempo influenciaram as regulamentações, o papel dos profissionais na sociedade e as entidades governamentais (Bridges, et al., 2008).

Os resultados positivos associados ao processo de *empowerment* não se limitam só ao doente, abrangendo também os prestadores de serviços de saúde e o sistema de saúde em geral. Exemplo disso é o aumento do respeito pelos utentes, o aumento da adesão aos tratamentos e a diminuição dos gastos em saúde. O envolvimento activo do doente tem consequências importantes, não só a um nível micro, a própria saúde do utente, mas também a um nível macro, nos esforços das políticas públicas para melhorar a saúde da população e para reduzir os custos. Um grande resultado do *empowerment* do utente está relacionado com a forma como o utente é visto. Se os utentes forem vistos como iguais em relação aos prestadores de cuidados, então serão tratados de uma forma que respeita as suas necessidades, prioridades individuais e bem-estar pessoal. Reconhecer a individualidade de cada doente pode conduzir a um maior suporte no seu plano de tratamento. Isto pode representar um modelo ideal de prestação de cuidados, dada a baixa adesão aos tratamentos por parte dos doentes, limitando a capacidade para alcançar objectivos terapêuticos assim como para usar os recursos de forma eficaz. A diminuição da despesa pode ser gerada pela diminuição da duplicação e abuso dos serviços, redução das taxas de

hospitalização e o aumento do uso de regimes médicos mais eficazes (Bridges, et al., 2008).

2.3 Aplicação do *empowerment* à diabetes

Anderson & Funnell (2009) desenvolveram, nas últimas duas décadas, um trabalho notável na área da educação na diabetes. O *empowerment* é considerado pelos autores como uma filosofia, que se baseia na premissa de que os seres humanos têm capacidade para tomar decisões e para serem responsáveis pelas consequências das suas decisões (Feste & Anderson, 1995). O *empowerment* é definido como um processo educacional desenhado para ajudar os doentes a desenvolver conhecimentos, competências, atitudes e um grau de auto-eficácia necessários para, efectivamente, assumir responsabilidade pelas suas decisões em saúde (Feste & Anderson, 1995).

Tradicionalmente, o sucesso da gestão da diabetes, por parte dos doentes, é avaliado pela capacidade de adesão ao tratamento e ao regime terapêutico prescrito. Esta abordagem não se compadece com a realidade da diabetes, dada a natureza crónica da doença, a complexidade da sua gestão e a necessidade de tomada de decisões diárias. Para uma boa gestão da diabetes, o doente tem que ser capaz de definir objectivos e de tomar decisões que sejam efectivas e respeitem as suas características pessoais (M. Funnell & Anderson, 2004). Assim sendo, são críticos dois factores para que o cuidado do doente diabético seja óptimo e para que se obtenham os resultados desejados (M. Funnell & Anderson, 2002). O primeiro factor relaciona-se com a preparação dos doentes para assumirem, efectivamente, o papel de gestores da própria doença. Para isso, é necessário que os profissionais de saúde lhes forneçam a informação e o suporte indispensáveis à tomada de decisões informadas e à avaliação da relação custo/benefícios das opções de tratamento. O segundo factor compreende a adopção, por parte do sistema de saúde, de abordagens que facilitem a monitorização contínua, o suporte e os cuidados de rotina que uma doença crónica requer. Todos estes factores requerem uma reorganização dos cuidados de saúde e uma adaptação dos mesmos à realidade das doenças crónicas.

Para que o doente seja visto como um parceiro estratégico no sucesso do tratamento da diabetes, o paradigma do modelo médico tradicional deve mudar para o modelo de *empowerment*. Funnel et. al. (1991) fazem a comparação entre os dois modelos, tendo como sujeito o doente diabético (Tabela 1):

Modelo médico tradicional	Modelo de <i>empowerment</i>
A diabetes é uma doença física.	A diabetes é uma doença biopsicossocial.
A relação entre o profissional de saúde e o doente é baseada no autoritarismo e no conhecimento técnico dos profissionais.	A relação entre o profissional de saúde e o doente é democrática e é assente no conhecimento partilhado.
Os problemas e as necessidades de aprendizagem são identificados pelo profissional.	Os problemas e as necessidades de aprendizagem são identificados pelo doente.
O profissional resolve os problemas e é responsável pelo diagnóstico, tratamento e resultados obtidos.	O doente resolve os problemas com recurso ao profissional de saúde; ambos partilham a responsabilidade do tratamento e resultados.
O objectivo é o cumprimento das recomendações.	O objectivo é capacitar o doente para toma as suas decisões de forma informada.
As mudanças comportamentais têm uma motivação externa.	As mudanças comportamentais têm uma motivação interna.
O doente tem menos poder na relação.	O doente e o profissional de saúde têm o mesmo poder na relação.

Tabela 1 - Comparação entre o modelo médico tradicional e o modelo de *empowerment* [adaptado de Funnell (1991)]

De facto, no modelo médico tradicional, o cuidado centra-se no profissional de saúde, enquanto especialista. No modelo de *empowerment*, o cuidado centra-se no doente, enquanto pessoa responsável pela sua saúde. Neste modelo, a relação é de cooperação entre o doente e o profissional de saúde.

A adopção do paradigma de *empowerment* nos doentes diabéticos é justificada por várias razões (R. M. Anderson, et al., 2009), a saber:

- Os doentes executam 98% do seu cuidado em relação à diabetes;
- O maior impacto na saúde e no bem-estar dos doentes resulta das suas decisões e acções ao nível do auto-cuidado;
- A diabetes é uma doença que afecta, profundamente, a vida diária e as rotinas dos doentes;
- Os doentes têm controlo sobre as decisões diárias de auto-cuidado, tornando-se assim responsáveis pelas suas decisões e pelas suas consequências;
- Os doentes não podem renunciar à responsabilidade que têm sobre o seu próprio cuidado;
- Os profissionais de saúde não podem controlar as decisões de auto-cuidado dos doentes e por isso também não podem ser responsáveis por elas;

- Os profissionais de saúde são responsáveis por fazer tudo o que está ao seu alcance para assegurar que os seus doentes tomam decisões informadas.

Tendo em conta a evidência de que os doentes com diabetes são a pedra basilar do seu próprio cuidado, desenvolveram-se vários trabalhos de investigação, com o objectivo de elaborar programas educacionais baseados no modelo de *empowerment* (Adolfsson, Smide, Gregeby, Fernstrom, & Wikblad, 2004; Adolfsson, Starrin, Smide, & Wikblad, 2008; Adolfsson, Walker-Engström, Smide, & Wikblad, 2007; Bastiaens, et al., 2009; Boegner, Fontbonne, Vidal, Moulis, & Monnier, 2008; Ciccone, et al., 2010; Deakin, Cade, Williamst, & Greenwood, 2006; Glasgow Fisher, Skaff, Mullan, & Toobert, 2007; Keers, et al., 2005; Minet, Moller, Vach, Wagner, & Henriksen, 2009; Pibernik-Okanovic, Prasek, Poljicanin-Filipovic, Pavlic-Renar, & Metelko, 2004; Shiu, Martin, Thompson, & Wong, 2005; Tang, Funnell, Brown, & Kurlander, 2009). Estes programas são baseados em alguns conceitos fundamentais (M. M. Funnell, et al., 1991):

- Ênfase na pessoa como um todo;
- Realce das forças das pessoas em vez das suas fraquezas;
- Selecção das necessidades de aprendizagem feita pelo próprio doente;
- Objectivos partilhados e negociados;
- Transferência de liderança e da tomada de decisão;
- Formulação dos problemas pelo doente e encontro das próprias soluções;
- Análise das falhas como problemas a serem resolvidos, em vez de serem entendidas como uma fraqueza pessoal;
- Descoberta do reforço interno para a mudança de comportamentos;
- Aumento contínuo da participação;
- Utilização das redes de suporte e recursos e;
- Promoção da saúde e bem-estar do doente.

Considerando estas linhas de orientação, os programas educacionais para a diabetes incluem várias áreas de actuação, com diferentes objectivos (Adolfsson, et al., 2004; Adolfsson, et al., 2008; Adolfsson, et al., 2007; Bastiaens, et al., 2009; Boegner, et al., 2008; Ciccone, et al., 2010; Deakin, et al., 2006; Glasgow, et al., 2007; Keers, et al., 2005; Minet, et al., 2009; Pibernik-Okanovic, et al., 2004; Shiu, et al., 2005; Tang, et al., 2009):

- Gerir a doença e adquirir competências para o auto-cuidado;
- Definir objectivos;

- Definir estratégias para atingir os objectivos;
- Identificar e resolver problemas;
- Gerir o *stress* e lidar com as emoções;
- Encontrar suporte social;
- Manter a motivação;
- Apreender informação sobre a doença;
- Identificar as forças e barreiras inerentes às mudanças comportamentais;
- Negociar;
- Fazer perguntas e expressar preferências e;
- Comunicar.

A avaliação da efectividade destes programas é essencial e os seus autores apontam a abordagem baseada no *empowerment* como tendo resultados positivos, nomeadamente, através de (Adolfsson, et al., 2004; Adolfsson, et al., 2008; Adolfsson, et al., 2007; Bastiaens, et al., 2009; Boegner, et al., 2008; Ciccone, et al., 2010; Deakin, et al., 2006; Glasgow, et al., 2007; Keers, et al., 2005; Minet, et al., 2009; Pibernik-Okanovic, et al., 2004; Shiu, et al., 2005; Tang, et al., 2009):

- Melhoramento do controle metabólico (IMC, HbA1c, tensão arterial, colesterol);
- Aumento do conhecimento sobre a doença;
- Aumento das competências de auto-cuidado;
- Satisfação com o tratamento;
- Atitude positiva face à doença;
- Sensação de auto-controlo;
- Aumento da qualidade de vida e;
- Sensação de auto-eficácia.

De facto, existe uma grande diversidade de programas baseados no *empowerment* para diabéticos e de indicadores de qualidade desses mesmos programas. No entanto, não existe nenhum modelo standardizado sobre a qualidade no cuidado do doente diabético, nem nenhum instrumento que proporcione linhas orientadoras sobre o desenho, implementação e avaliação dos programas de educação para diabetes (Borgermans, et al., 2008). Será, certamente, uma importante linha de investigação futura. Independentemente disso, a abordagem baseada no *empowerment* assenta em linhas de orientação gerais que podem ser adoptadas pelos profissionais de saúde e pelo sistema, em geral, de forma a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde.

2.4 Instrumentos de medição de empowerment

São vários os instrumentos na literatura que se propõem a medir o construto de *empowerment* no contexto dos cuidados de saúde. O instrumento “*Empowerment Scale*” pretende avaliar o grau de *empowerment* dos doentes, no contexto da saúde mental. É um instrumento difícil de aplicar a outros âmbitos, dada a sua especificidade à área psiquiátrica. “*The Diabetes Empowerment Scale*” é uma escala dirigida aos doentes diabéticos e bastante utilizada na literatura. No entanto, o seu objectivo não é avaliar o grau, nem o processo de *empowerment*, mas sim a auto-eficácia dos doentes em relação à diabetes. “*The Health Care Empowerment Questionnaire*” é uma escala bastante recente, que pretende medir o grau de *empowerment* dos doentes. Este instrumento é bastante generalista, uma vez que não incide em nenhum tipo específico de patologia e apresenta um grupo de itens limitado. A “*Patient Empowerment Scale*” aborda o contexto das consultas médicas, nos doentes crónicos. É uma escala que tem em conta o processo de *empowerment* e a participação dos doentes e dos profissionais. A escala “*Patient Perceptions About Empowerment Issues in Hospital*” aplica-se ao ambiente hospital específico dos doentes coronários. “*The Seniors Empowerment and Advocacy in Patient Safety*” é um instrumento dirigido à população idosa e avalia a percepção dos indivíduos em relação ao seu envolvimento nos cuidados de saúde. Estes instrumentos diferem no número de itens e domínios utilizados, consoante o modelo teórico e a metodologia utilizado pelos diferentes autores. Apresenta-se na Tabela 2 um resumo da revisão feita sobre este assunto.

No presente trabalho utiliza-se a “*Patient Empowerment Scale*” uma vez que abrange o âmbito das doenças crónicas, sendo por isso de fácil adaptação à diabetes. Este instrumento avalia a percepção dos doentes em relação ao processo de *empowerment* nas consultas médicas, apresentando um contexto semelhante ao deste estudo – a consulta de diabetes dos centros de saúde.

A revisão da literatura feita ao longo deste capítulo reitera a necessidade de adoptar abordagens baseadas no empowerment, nomeadamente, nos serviços prestados aos doentes diabéticos. A par disto, deve-se assegurar a qualidade dos serviços de saúde e perceber o impacto dos modelos mais participativos na satisfação dos doentes com os serviços. No capítulo seguinte introduz-se o tema da qualidade dos serviços, que será posteriormente alargado ao âmbito dos serviços de saúde.

Escala	Objectivos	Metodologia	Domínios e itens	Autores
<i>"Empowerment Scale"</i>	Medir o <i>empowerment</i> de consumidores de serviços de saúde mental	271 Doentes a frequentar programas de auto-ajuda	28 Itens com 5 subescalas: auto-estima/auto-eficácia; poder/impotência; activismo comunitário e autonomia; optimismo e controlo sobre o futuro; raiva.	(Rogers, et al., 1997)
<i>"The Diabetes Empowerment Scale"</i>	Medir a auto-eficácia dos doentes	375 Doentes diabéticos tipo I e II	28 Itens com 3 subescalas: gestão dos aspectos psicológicos da diabetes; avaliar insatisfação e a preparação para a mudança; definir e alcançar os objectivos.	(R. M. Anderson, Funnell, Fitzgerald, & Marrero, 2000)
<i>"The Health Care Empowerment Questionnaire"</i>	Medir o grau de <i>empowerment</i> do indivíduo em relação aos cuidados e serviços de saúde.	873 Indivíduos idosos	10 Itens com 3 subescalas: envolvimento nas decisões; grau de controlo; envolvimento nas interacções com o profissional de saúde.	(Gagnon, Hebert, Dube, & Dubois, 2006)
<i>"Patient Empowerment Scale"</i>	Medir o grau de <i>empowerment</i> do doente nas consultas médicas	679 Doentes crónicos	26 Itens com 3 subescalas: suporte do médico; controlo do doente; participação do doente.	(Ouschan, et al., 2006)
<i>"Patient perceptions about empowerment issues in hospital"</i>	Investigar as percepções do doente coronário sobre o cuidado e intervenções relacionadas com o <i>empowerment</i> e o reforço da escolha do doente.	103 Doentes	17 Itens	(Lewin & Piper, 2007)
<i>"The seniors empowerment and advocacy in patient safety"</i>	Avaliar a percepção dos idosos sobre a sua participação em tarefas relacionadas com a sua saúde.	143 Idosos	21 Itens com 4 subescalas: eficácia do resultado; atitudes; auto-eficácia; comportamentos.	(Elder, et al., 2007)

Tabela 2 - Instrumentos de medida de *empowerment*

3 Qualidade dos serviços

Nos últimos anos os serviços afirmaram-se como um sector fundamental na economia mundial. Estes reúnem um conjunto de características particulares que exigem uma investigação distinta daquela que existe, sobre a indústria e o comércio. A qualidade em serviços é um pré-requisito para as organizações que pretendam diferenciar-se e ser uma referência no mercado. Assim, é fundamental, para os gestores e investigadores, conhecer os atributos que definem qualidade dos serviços e como avaliá-los.

Neste capítulo, faz-se a conceptualização dos serviços, abordam-se os modelos de qualidade mais referenciados na literatura, descrevem-se alguns instrumentos utilizados para a avaliação da qualidade percebida e, por último, discute-se qualidade de serviços e satisfação com os mesmos.

3.1 Conceptualização de serviços

Um serviço é um fenómeno de difícil definição (Grönroos, 2000). Desde a década de sessenta que os investigadores na área do marketing se interessam por aprofundar o conhecimento desta temática. Grönroos (1990) é uma referência nesta área de pesquisa, definindo serviço como:

“um processo que consiste numa série de actividades mais ou menos intangíveis que, normalmente, mas não necessariamente, ocorre durante as interacções entre os clientes e os empregados do serviço e/ou recursos físicos ou bens e/ou sistemas do fornecedor de serviços, que são fornecidas como soluções para problemas do cliente.”

Os serviços têm três características particulares (Grönroos, 2007):

- são processos que consistem em actividades ou séries de actividades;
- até certo ponto, são consumidos e produzidos simultaneamente;
- o cliente participa como co-produtor no processo de produção.

De facto, os serviços apresentam características que os distinguem dos bens de consumo, justificando o estudo diferenciado que se tem vindo a desenvolver. Para melhor se compreenderem estas diferenças, Grönroos (2000) apresenta uma comparação entre os bens físicos e os serviços (Tabela 3).

Bens Físicos	Serviços
Tangíveis	Intangíveis
Homogéneos	Heterogéneos
Produção e distribuição separadas do consumo	Produção, distribuição e consumo são processos simultâneos
Uma coisa	Uma actividade ou processo
Valor do bem produzido na fábrica	Valor do serviço produzido nas interacções entre o cliente e o vendedor
O cliente não participa no processo de produção	O cliente participa no processo de produção
Pode ser mantido em stock	Não pode ser mantido em stock
Transferível de proprietário	Não pode ser transferido de proprietário

Tabela 3 - Características dos bens físicos e dos serviços [adaptado de Grönroos (2000)]

Normalmente, um serviço é percebido como intangível, ou seja, de uma forma subjectiva. Os serviços não podem ser vistos, sentidos, saboreados ou tocados antes de serem comprados. Quando as pessoas falam sobre um serviço mencionam a experiência, a confiança, o sentimento e a segurança. A heterogeneidade resulta do carácter não estandardizado dos serviços. Ou seja, os serviços não são prestados exactamente da mesma forma para clientes diferentes, em períodos de tempo distintos. A natureza processual dos serviços faz com que os clientes sejam envolvidos na produção dos mesmos. Por isso, o valor dos serviços centra-se nas interacções entre o cliente e o fornecedor. Os serviços são inseparáveis, isto é, são produzidos e consumidos ao mesmo tempo. Para além disso, os serviços extinguem-se no momento da sua prestação, não podendo ser mantidos em *stock*, daí a sua perecibilidade (Grönroos, 2000).

O maior desafio para os prestadores de serviços é desenvolver formas inovadoras de gerir os processos como soluções para os problemas dos clientes (Grönroos, 2000). Os investigadores têm desenvolvido modelos e conceitos de gestão de serviços para ajudar os gestores a lidar com este desafio. Dos trabalhos desenvolvidos identificam-se claramente duas correntes de pensamento, a escola nórdica e a escola norte-americana. De seguida, apresentam-se alguns dos modelos conceptuais.

3.2 Modelos de qualidade de serviço

3.2.1 Modelo da qualidade total percebida

O interesse pela investigação da qualidade nos serviços surgiu na década de setenta e, desde então, vários foram os investigadores que se debruçaram sobre o tema (Grönroos, 2000). Em 1982, Grönroos (2000) introduziu o conceito de qualidade de serviço percebida e criou o modelo da qualidade total percebida. Este modelo (Figura 5), baseia-se na premissa de que a qualidade total percebida é satisfeita quando a qualidade experimentada pelo cliente iguala a qualidade esperada.

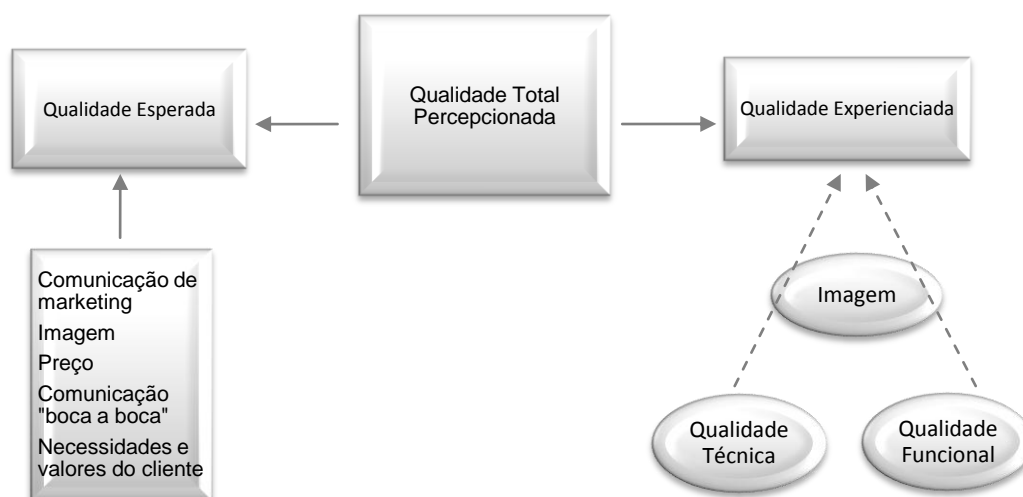


Figura 5 - Modelo da qualidade total percebida [adaptado de Grönroos (2000)]

Para o autor, a qualidade percebida compreende duas dimensões (Grönroos, 1984):

- dimensão técnica (o quê?) - relaciona-se com o resultado, o efeito que um serviço tem no consumidor, ou seja, aquilo que o consumidor obteve com o serviço e
- dimensão funcional (como?) - relaciona-se com o processo, com a forma como o serviço foi prestado ao cliente.

O que o cliente obtém de um serviço é extremamente importante para a sua avaliação de qualidade. Mas não é só o que o cliente obtém que o faz construir uma percepção sobre a qualidade de um serviço, é também a forma como o serviço é prestado. O momento de produção e consumo de um serviço pode ser crucial na percepção de

qualidade. Normalmente, a qualidade técnica é medida de uma forma mais objectiva do que a qualidade funcional (Grönroos, 2000).

Para além destas duas dimensões, Grönroos considera que a qualidade percebida de um serviço é também fortemente influenciada pela imagem da empresa. Uma boa imagem pode criar expectativas positivas a um cliente (Grönroos, 1984). Se um prestador de serviços é considerado bom e se a sua imagem perante os clientes é positiva, então, os clientes vão ter dificuldade em aceitar erros. Se, pelo contrário, a imagem é negativa, o impacto dos erros vai ser muito menor na percepção de qualidade (Grönroos, 2000).

A qualidade esperada inclui vários factores, como a comunicação de marketing, o “passa-palavra”, o preço, a imagem da empresa, as necessidades e os valores do cliente. A qualidade percebida depende daquilo que o cliente espera e daquilo que efectivamente obtém do serviço. Assim, é importante gerir a qualidade para que a diferença entre aquilo que um consumidor espera de um serviço e aquilo que lhe é dado seja a mais pequena possível, para que o cliente se sinta satisfeito.

3.2.2 Modelo dos 4Q da oferta da qualidade

Baseado na ideia de que os serviços e os bens são uma parte integral da oferta de serviços, Gummesson (1987) desenvolveu o modelo dos 4 Q da oferta da qualidade (Figura 6). O modelo integra as expectativas e experiências do consumidor e acrescenta duas variáveis, a imagem e a marca. A imagem está relacionada com a forma como o consumidor vê a empresa, a marca refere-se à visão do produto que é criada na mente do consumidor.



Figura 6- Modelo dos 4Q da oferta da qualidade [adaptado de Gummesson (1987)]

Por um lado, a qualidade percebida de um serviço depende da qualidade de concepção e da qualidade de produção e entrega. Por outro lado, a qualidade percebida de um serviço depende da qualidade das relações e da qualidade técnica do serviço.

A qualidade na concepção refere-se à forma como os vários elementos dos bens e serviços são desenvolvidos e conceptualizados num pacote funcional. A qualidade na produção e na entrega refere-se à forma como o pacote e os seus elementos são produzidos e entregues, em comparação com a sua concepção.

A qualidade relacional refere-se à percepção de qualidade do cliente durante o processo dos serviços. Serviços orientados para o cliente, atenção, empatia e competência dos empregados, contribuem para a qualidade relacional. Esta dimensão

está estreitamente relacionada com a qualidade técnica. Neste modelo, a qualidade técnica inclui os benefícios a curto e a longo prazo para o cliente.

Tal como o modelo anterior, este modelo também salienta a imagem como um factor crucial para a avaliação de qualidade do cliente.

3.2.3 Modelo de Grönroos-Gummesson da qualidade

O modelo de Grönroos-Gummesson (1990) (Figura 7) foi arquitectado tendo em conta os dois modelos apresentados anteriormente – o modelo da qualidade total percebida e o modelo dos 4Q da oferta da qualidade.

Para os autores, a qualidade percebida do serviço depende da qualidade de concepção, da qualidade na entrega, da qualidade relacional e da qualidade técnica.



Figura 7 - Modelo de Grönroos-Gummesson da qualidade [adaptado de Grönroos (1990)]

A concepção tem influência sobre a qualidade técnica e funcional. Os consumidores devem estar envolvidos na concepção do serviço para que as suas necessidades sejam devidamente satisfeitas.

A produção de um serviço tem influência sobre a qualidade funcional e estabelece a qualidade técnica. Dado que a produção e o consumo ocorrem em simultâneo, o consumidor é envolvido como co-produtor do serviço. A forma como o cliente vê o processo de produção influencia a qualidade funcional.

No que se refere à entrega, o autor considera que este é um processo indissociável da produção, influenciando também a qualidade funcional.

A qualidade relacional deriva das relações entre os prestadores do serviço e o cliente. Esta dimensão está directamente relacionada com a qualidade funcional. A forma como os funcionários se relacionam com o cliente pode influenciar positiva ou negativamente a percepção de qualidade.

As expectativas e as experiências são também abordadas neste modelo, influenciando a qualidade percebida pelo cliente. Para além destas dimensões, os autores consideram também a imagem como um factor importante para a qualidade. Uma imagem positiva tem um efeito igualmente positivo na percepção de qualidade e vice-versa.

3.2.4 Modelo dos GAP's

A escola norte-americana tem como grande referência dos modelos de qualidade, o modelo dos GAP's de Parasuraman. Extensivamente utilizado na literatura, este modelo deu origem a um dos instrumentos mais usados em gestão para medir qualidade – o SERVQUAL – o qual será abordado posteriormente.

Baseado no Modelo de Satisfação de Oliver (1980), que admite que a satisfação do cliente é função da diferença entre expectativa e desempenho, Parasuraman et al, (1985) apresenta um modelo de avaliação da qualidade (Figura 8). Assim, a avaliação da qualidade Q_i de um serviço pelos clientes em relação a uma dimensão i é feita pela diferença entre a sua percepção sobre o serviço P_i e a sua expectativa E_i , para dimensões i da qualidade em serviço:

$$Q_i = P_i - E_i$$

O Gap, ou diferença entre a percepção de desempenho e a expectativa, para além de ser uma medida da satisfação do cliente, é também uma medida da qualidade do serviço em relação a uma dimensão específica. Essas dimensões da qualidade são características genéricas do serviço, subdivididas em itens, que somadas resultariam no serviço como um todo, sob o ponto de vista do cliente que irá julgá-lo.

Como nos modelos anteriores, as expectativas são padrões internos a que os consumidores recorrem para avaliar a qualidade de uma experiência. Estas são

influenciadas por factores como: comunicação “boca a boca”, necessidades pessoais, experiências anteriores e comunicação externa (A. Parasuraman, et al., 1985).

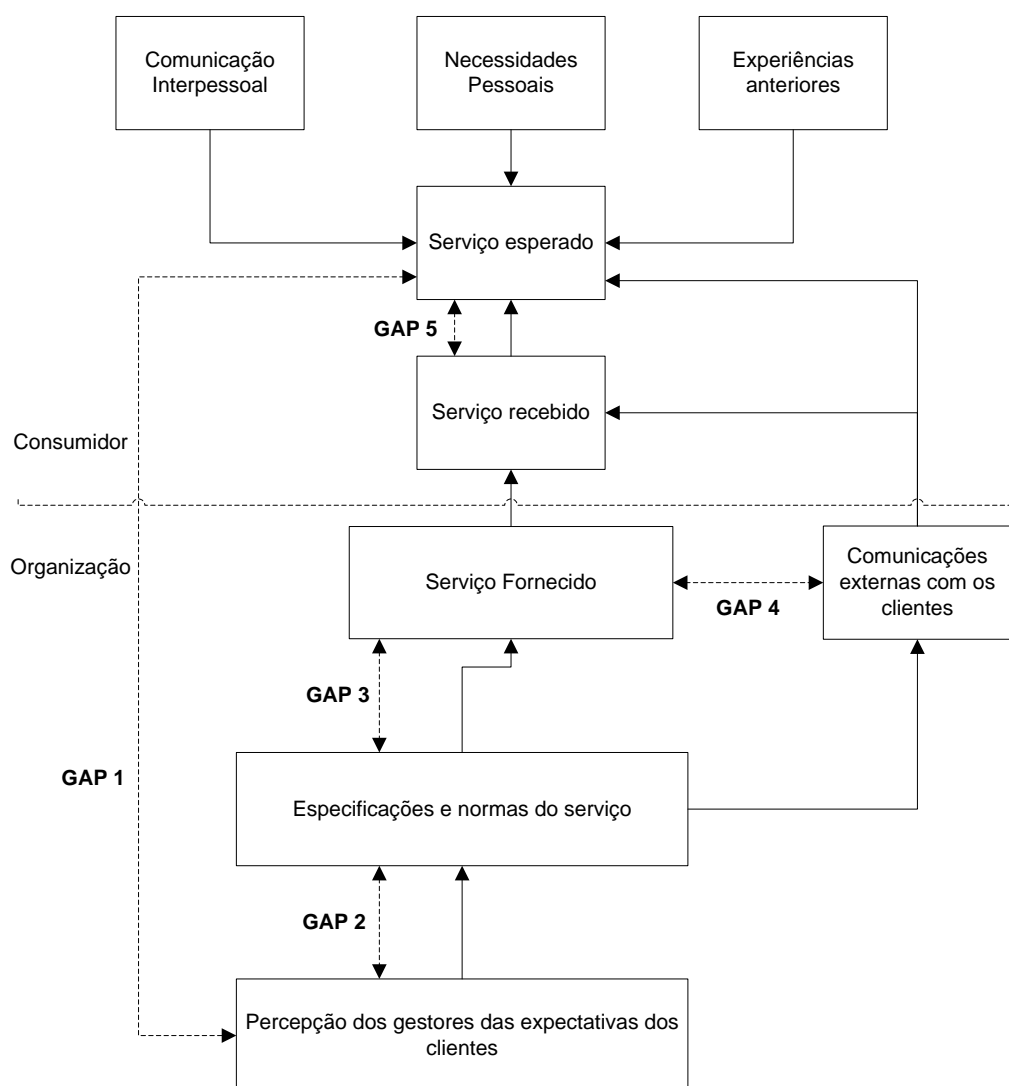


Figura 8 - Modelo dos Gap's [adaptado de Parasuraman et al. (1985)]

O primeiro desvio (Gap 1) explica a discrepância existente entre as expectativas do cliente e a percepção do gestor acerca dessas mesmas expectativas. É necessário que os gestores tenham conhecimento daquilo que os clientes esperam da organização que lhes fornece o serviço, para poderem tentar reduzir o desvio entre aquilo que se oferece e as expectativas que os clientes têm acerca dos serviços.

O segundo desvio (Gap 2) traduz a ideia de que não é suficiente conhecer as expectativas dos clientes, tornando-se necessário saber traduzir esses mesmos

conhecimentos na produção do serviço. As organizações podem, por vezes, ter dificuldades em colocar em prática as expectativas identificadas.

O terceiro desvio (Gap 3) relaciona-se com a produção dos serviços, consistindo num desvio entre as normas pré-estabelecidas para o serviço e a forma como ele é efectivamente fornecido. Os factores responsáveis por este desvio vão desde as competências dos técnicos até aos conflitos existentes no interior da própria organização.

O quarto desvio (Gap 4) atesta a discrepância entre o serviço fornecido e as comunicações externas com os clientes. Este desvio diz respeito à “promessa” feita pela organização ao cliente sobre determinado serviço. Para diminuir este desvio, deve-se ter em conta a qualidade e a quantidade da informação fornecida ao cliente.

Enquanto o primeiro, segundo, terceiro e quarto desvio dizem respeito à organização, o quinto desvio (Gap 5) está associado ao cliente. Este desvio consiste na base de todo o modelo, isto é, se o serviço que o cliente recebe não for semelhante às suas expectativas, é provocada uma decepção que pode levar a uma fraca percepção da qualidade do serviço. As expectativas dos clientes são influenciadas por inúmeros factores como as experiências vividas no passado, a opinião que lhe foi transmitida por outras pessoas que usufruíram do mesmo serviço e as próprias necessidades do cliente (Abackerli, Miguel, & Salomi, 2005; A. Parasuraman, Berry, & Zeithaml, 1991).

3.3 Instrumentos de avaliação da qualidade de serviço

3.3.1 SERVQUAL

O modelo dos Gap's é uma boa ferramenta de análise das inconsistências entre o serviço que é prestado e as percepções do consumidor do desempenho desse mesmo serviço. Para operacionalizar este modelo, Parasuraman et. al. (1988) desenvolveram o SERVQUAL.

Os autores começaram por estudar quais seriam as determinantes da qualidade dos serviços, chegando a dez dimensões: a fiabilidade, a capacidade de resposta, o acesso, a cortesia, a comunicação, a credibilidade, a segurança, o conhecimento do consumidor e a tangibilidade (A. Parasuraman, et al., 1985).

Posteriormente, foram compostos itens que explicavam cada uma das dez dimensões definidas. Seguiu-se a aplicação do instrumento desenvolvido a uma amostra e o seu tratamento estatístico. No final obtém-se uma escala de 22 itens, com 5 dimensões:

- Tangibilidade – características físicas, equipamentos e aparência do pessoal;
- Fiabilidade – capacidade para fornecer o serviço prometido confiável e preciso;
- Capacidade de resposta – vontade de ajudar o cliente, fornecer o serviço com prontidão;
- Garantia – conhecimento e cortesia dos empregados e as suas habilidades para inspirar confiança e confidencialidade;
- Empatia – carinho, atenção individualizada pela empresa aos clientes.

O SERVQUAL é uma escala multi-item concisa, com boa fiabilidade e validade (A. Parasuraman, et al., 1988). O instrumento foi projectado para ser aplicado a uma grande variedade de serviços, fornecendo o esqueleto básico sobre as expectativas e percepções das cinco dimensões associadas à qualidade dos serviços. O esqueleto, quando necessário, pode ser adaptado ou suplementado para ir ao encontro das características específicas das organizações (A. Parasuraman, et al., 1991).

3.3.2 SERVPERF

O SERVPERF surge mais tarde, por Cronin e Taylor (1992), que desenvolveram uma pesquisa propondo-se investigar a conceptualização e medição da qualidade de serviço. O primeiro objectivo dos investigadores foi testar um método alternativo ao modelo proposto por Parasuraman et al. (1988), para a operacionalização da qualidade de serviço percebida. Os autores consideraram que eram poucas as evidências teóricas e empíricas que suportavam a relevância do *gap* expectativas-desempenho, como base da medida de qualidade de serviço. De facto, a literatura sobre marketing analisada parecia oferecer suporte considerável sobre a superioridade de medir apenas o desempenho para a qualidade de serviço.

Assim, os autores consideraram que qualidade não deve ser medida pela diferença entre expectativas e o desempenho, mas somente pelo desempenho:

$$Q_i = P_i$$

Sendo Q_i a avaliação da qualidade do serviço em relação à característica i e P_i a percepção de desempenho para a característica i de serviço.

O instrumento desenvolvido por Cronin & Taylor (1992) denominado SERVPERF aparece então como uma alternativa à escala SERVQUAL. Os autores consideraram que os 22 itens desenvolvidos por Parasuraman et al. (1988) estavam suficientemente bem fundamentados e por isso mantiveram os mesmos itens na sua investigação empírica.

Segundo os autores, a revisão da literatura e os resultados empíricos sugerem que a qualidade de serviço deve ser conceptualizada e medida como uma atitude. A literatura suporta claramente a abordagem de avaliar somente o desempenho e a análise dos modelos estruturais estudados sugerem que a conceptualização do SERVQUAL é de facto imperfeita, uma vez que se baseia num paradigma sobre satisfação em vez de um modelo atitudinal (Cronin & Taylor, 1992).

A escala desenvolvida é mais eficiente, comparativamente à escala SERVQUAL (Cronin, Steven, & Taylor, 1994). O SERVPERF reduz para metade os itens a ser aplicados, o que se traduz numa maior facilidade na aplicação da escala. A análise dos modelos estruturais desenvolvidos pelos autores suporta a superioridade teórica da escala desenvolvida.

3.4 Qualidade e satisfação

A palavra satisfação deriva do latim “*satis*” (suficiente) e “*facere*” (fazer) (Oliver, 1997). Segundo Oliver (1997) a satisfação “é uma resposta de plenitude do consumidor. Ou seja, um julgamento sobre se determinado produto ou serviço transmite um nível agradável de realização relacionada com o consumo, incluindo níveis de realização superiores e inferiores”.

A definição de Oliver (1997) é marcante na literatura por várias razões (Hom, 2000). Primeiro, porque coloca o foco da definição no consumidor e não no cliente. Tradicionalmente, o consumidor usa um produto ou serviço enquanto um cliente paga pelo produto ou serviço, mas pode não ser directamente o consumidor. Segundo, porque a satisfação é vista como um sentimento, que pode modificar-se com as circunstâncias. Terceiro, porque admite que a satisfação tem limiares superiores e inferiores, o que significa que a satisfação de um consumidor pode desvanecer-se se ele receber demais de uma coisa boa.

Oliver é também responsável pelo Paradigma da Desconfirmação que tem sido extensivamente utilizado na literatura. Este paradigma postula que a satisfação é dada pelo *gap* entre as expectativas que o cliente tem do serviço e a execução efectiva desse mesmo serviço (Oliver, 1980). Assim, este modelo sugere que, quando os resultados estão abaixo das expectativas (desconfirmação negativa), o consumidor fica insatisfeito, pelo contrário, quando os resultados são superiores às expectativas (desnconfirmação positiva), o cliente fica satisfeito.

Para melhor perceber o conceito de satisfação, vários foram os investigadores que se propuseram a estudar os antecedentes e as consequências relativamente à satisfação. No que concerne aos antecedentes, os investigadores nomeiam as expectativas, o desempenho e a desconfirmação como factores que afectam a satisfação (E. W. Anderson & Sullivan, 1993). No que se refere às consequências da satisfação, Anderson et al. (1994) apontam para o aumento da lealdade, a redução da elasticidade dos preços, os baixos custos de transacção, a redução dos custos devido a falhas, a obtenção de novos clientes e o aumento da reputação.

Frequentemente, existe alguma confusão entre qualidade dos serviços e satisfação. Mas, de facto, apesar de estarem intimamente relacionados, são conceitos diferentes (E. W. Anderson, et al., 1994):

- Para avaliar a satisfação, o consumidor necessita de experienciar um serviço; no entanto, para avaliar qualidade não é necessária essa experiência;
- A satisfação é dependente de um valor; por sua vez, a qualidade pode ser vista como o rácio entre a qualidade percebida e o preço, ou benefícios obtidos tendo em conta um valor dispendido;
- A qualidade advém de uma experiência específica do consumidor, enquanto a satisfação é influenciada pelas experiências passadas.

Tanto a qualidade dos serviços como a satisfação pretendem avaliar o processo de prestação de um serviço, sob o ponto de vista do consumidor. São dois conceitos extremamente úteis para as organizações poderem fazer uma avaliação contínua dos seus serviços. Mas deve ficar clara a sua diferença conceptual.

Depois da análise do conceito de qualidade de serviços e dos modelos mais utilizados na área da gestão aborda-se, no capítulo seguinte, a aplicação da qualidade dos serviços ao âmbito da saúde.

4 Qualidade de serviço em saúde

A avaliação da qualidade em saúde faz-se, tradicionalmente, recorrendo a indicadores objectivos como a mortalidade e a morbilidade (Dagger, et al., 2007). No entanto, actualmente, o papel do utente na definição de qualidade dos serviços é fundamental.

No presente capítulo define-se qualidade dos serviços em saúde e analisam-se alguns dos modelos mais utilizados na literatura. Por último, averigua-se a relação entre a qualidade de serviços percebida e a satisfação e entre o empowerment e a satisfação do doente.

4.1 Definições e modelos

A qualidade em saúde assume-se, hoje, como um pilar fundamental na prestação de cuidados de saúde. As reformas dos sistemas de saúde, as medidas de contenção de custos e a mudança de paradigma de um sistema centrado nos profissionais de saúde para um sistema centrado nos doentes, fazem com que a qualidade percebida pelos doentes assuma uma maior relevância (Sofaer & Firminger, 2005).

Existe uma grande dificuldade em definir, claramente, qualidade dos serviços em saúde. Apesar de a literatura ser vasta, existe uma grande confusão entre os conceitos de qualidade de serviço e satisfação com os serviços de saúde (Gill & White, 2009).

As definições de qualidade do cuidado incluem características como a eficiência, a eficácia, a efectividade, a equidade, a acessibilidade, a aceitabilidade, a abrangência, a pontualidade, a adequação, a continuidade, a privacidade e a confidencialidade. Outros atributos que têm sido utilizados para descrever qualidade do cuidado abordam a educação do doente e da família, relativamente à sua saúde, bem como a inclusão do doente e da família na definição do plano de tratamento e na tomada de decisões (WHO, 2006).

Donabedian tem desenvolvido um trabalho notável nos últimos 30 anos na área da qualidade em saúde. Em 1988, o autor desenvolveu um quadro conceptual sobre qualidade de serviços que apresenta uma abordagem baseada na tríade (Donabedian, 1988) :

- Estrutura - compreende as características do ambiente onde o cuidado é prestado o que inclui, recursos materiais, recursos humanos e estrutura organizacional.
- Processo - refere-se às acções executadas para receber e prestar cuidados de saúde.
- Resultado - manifesta os efeitos do cuidado no estado de saúde do indivíduo e da população em geral.

Segundo o autor, a avaliação da qualidade deve envolver estes três elementos, uma vez que estão estritamente relacionados. Uma boa estrutura aumenta a probabilidade de um melhor processo, e um bom processo aumenta a probabilidade de bons resultados (Donabedian, 1988).

Mais tarde Donabedian (1990), amplia o conceito de qualidade para sete pilares fundamentais:

- Eficácia – capacidade máxima dos cuidados de saúde para melhorar a saúde;
- Efectividade – melhorias em saúde que são possíveis de atingir;
- Eficiência – capacidade de atingir a melhor condição de saúde possível ao menor custo;
- Optimização - equilíbrio mais favorável entre custos e benefícios;
- Aceitabilidade - concordância com as preferências do doente em relação à acessibilidade, à relação médico-doente, às comodidades, aos efeitos dos cuidados e aos custos dos serviços de saúde;
- Legitimidade – concordância do cuidado com as preferências socialmente definidas;
- Equidade – justiça na distribuição do cuidado.

Neste modelo, os profissionais devem ter em conta não só as preferências dos doentes, mas também as preferências sociais para assegurar serviços de qualidade (Donabedian, 1990).

Donabedian (1992) aponta, ainda, para a existência de dois domínios inerentes à qualidade de serviço:

- Qualidade técnica
- Qualidade interpessoal

De acordo com o modelo, entende-se por cuidado técnico a aplicação da ciência e tecnologia clínica nos cuidados de saúde, enquanto o cuidado interpessoal consiste na gestão e interação entre o fornecedor de cuidados de saúde e o consumidor.

Wilde e os seus colaboradores formularam um modelo sobre a qualidade percebida do cuidado (Wilde, Starrin, Larsson, & Larsson, 1993) (Figura 9). O modelo inclui duas formas através das quais é feita a avaliação da qualidade: a estrutura de recursos das organizações de saúde e as preferências dos utentes. A estrutura de recursos da organização consiste na qualidade dos recursos humanos, dos recursos físicos e da estrutura administrativa, enquanto as preferências do doente incluem o lado racional e humano.



Figura 9 - Modelo de qualidade em saúde [adaptado de Wilde et al. (1993)]

De acordo com este modelo, a percepção de qualidade pelos doentes tem em conta quatro dimensões (Wilde, et al., 1993): as competências técnicas dos prestadores de cuidados, as condições físicas da organização e dos seus meios técnicos, as abordagens

centradas na pessoa que valorizam a individualidade e o ambiente sociocultural da organização.

Dagger (2007) propôs um modelo integrado para medir a percepção do utente da qualidade dos serviços (Figura 10). Para o autor, a qualidade dos serviços é composta por quatro dimensões e nove subdimensões. As dimensões incluem (Dagger, et al., 2007): qualidade interpessoal, qualidade técnica, qualidade do ambiente e qualidade administrativa. As subdimensões são: interacção, relação, resultado, conhecimento, atmosfera, tangível, pontualidade, operações e suporte.

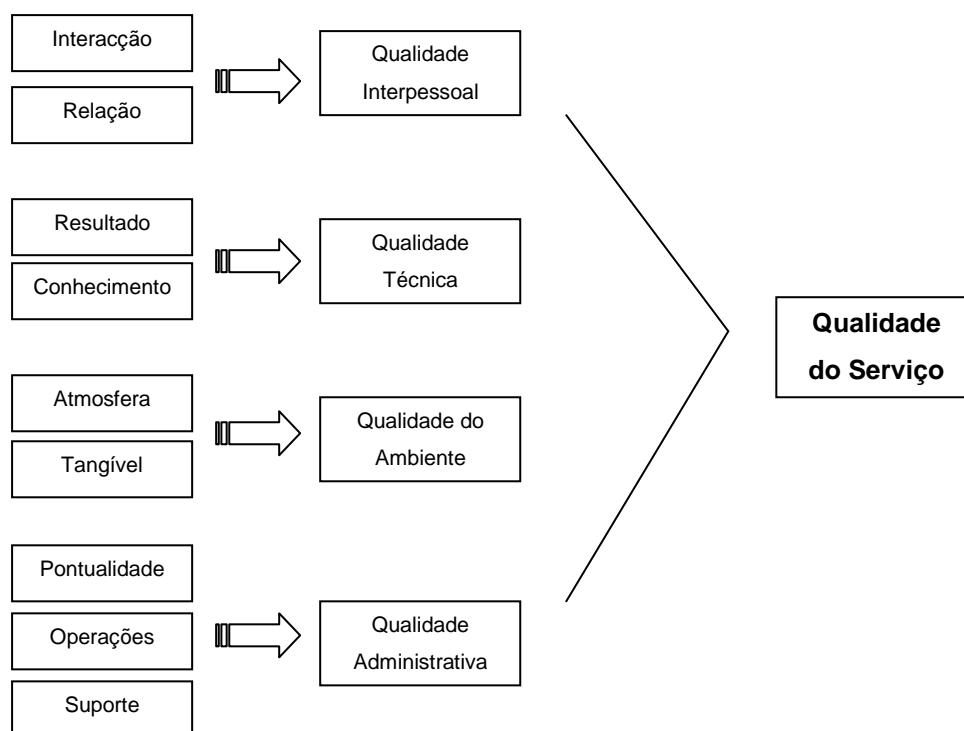


Figura 10 - Modelo integrado de qualidade dos serviços em saúde [adaptado de Dagger et al. (2007)]

A qualidade interpessoal reflecte a relação desenvolvida entre o prestador do serviço e o utilizador. Esta dimensão abrange a forma, a comunicação e a relação. A forma está relacionada com as atitudes e os comportamentos do prestador de serviços, se é ou não empático com o cliente, se dá ou não o suporte que o cliente necessita. A comunicação inclui a transferência de informação entre o prestador e o cliente, o grau de interacção e o

nível de comunicação nos dois sentidos. A relação abrange um elevado grau de reciprocidade, proximidade nas interações, confiança e afinidade entre as partes.

A qualidade técnica envolve os resultados alcançados e a competência técnica do prestador do serviço. A competência técnica do prestador do serviço relaciona-se com a sua perícia e reflecte as suas competências, conhecimentos, capacidades e qualificações para fornecer um determinado serviço. Os resultados referem-se ao que o consumidor recebe do prestador. O tratamento ter o efeito desejado é um resultado, o que não implica, necessariamente, a cura.

A qualidade do ambiente define os recursos ambientais que moldam a percepção de qualidade do consumidor, incluindo a atmosfera e a parte tangível. A atmosfera requer alguma abstracção e é composta pela envolvimento do ambiente, pela sua amenidade. A parte tangível do ambiente refere-se aos recursos físicos e à organização dos espaços.

A qualidade administrativa requer a facilidade na produção dos serviços principais, adicionando valor ao serviço para o consumidor. Esta dimensão é composta por três subdimensões: pontualidade, operações e suporte. A pontualidade abrange os tempos de listas de espera, o cumprimento dos horários das consultas, a facilidade para fazer marcações e o tempo de demora em cada operação. As operações envolvem o trabalho administrativo geral, a coordenação, a organização e integração dos serviços. O suporte representa serviços adicionais que adicionam valor ao serviço principal.

Todas as teorias abordadas tentam fornecer aos prestadores uma visão aproximada sobre aquilo que os utentes querem de um serviço de saúde.

4.2 Empowerment, qualidade e satisfação

Os conceitos de qualidade e satisfação estão estritamente relacionados. É frequente definir qualidade e satisfação tendo por base o Paradigma da Satisfação, que aborda a diferença entre as expectativas e as experiências do consumidor. Tendo em conta que os conceitos são conceptualmente diferentes, mas estritamente relacionados, a sua relação tem sido extensivamente estudada na literatura.

É importante perceber a relação entre a qualidade e a satisfação para melhor perceber o processo de avaliação do consumidor (Cronin & Taylor, 1992).

Alguns autores propuseram que a satisfação é um antecedente da qualidade de serviço (Bitner, 1990; Bolton & James, 1991; A. Parasuraman, et al., 1988). Outros contestam que a qualidade dos serviços é um antecedente da satisfação (E. W. Anderson, et al., 1994; Boulding, Kalra, Staelin, & Zeithaml, 1993; Cronin & Taylor, 1992).

A discussão sobre a relação causal entre qualidade de serviços é extensa, mas parece que, actualmente, é mais consensual que a qualidade dos serviços é um antecedente da satisfação.

Ao contrário da relação entre qualidade dos serviços e da satisfação, a relação entre *empowerment* e satisfação não está suficientemente aprofundada na literatura. Existem alguns estudos na área do *marketing* que postulam que o envolvimento do consumidor no processo de concepção do serviço é um antecedente da satisfação do cliente (Wathieu, et al., 2002).

Hunter (2008) desenvolveu um trabalho em que investiga a relação entre o empowerment do consumidor e a sua satisfação com os serviços. O autor considera o empowerment como uma experiência subjectiva do consumidor, que tem capacidade para produzir os resultados esperados e evitar os indesejados, beneficiando nesse aumento de participação. Os resultados encontrados indicam que o empowerment do consumidor conduz à sua satisfação (Hunter & Garnefeld, 2008).

A literatura na área da saúde não menciona directamente esta relação. Alguns estudos referem que os programas educacionais baseados no empowerment conduzem a uma maior satisfação do doente com o cuidado, não existindo, no entanto, evidência empíricas sobre a relação entre a percepção de empowerment do doente e a sua satisfação com o serviço de saúde.

Terminada a revisão da literatura foi feita a conceptualização do estudo. No capítulo seguinte apresenta-se a metodologia utilizada ao longo do trabalho.

5 Metodologia

Nos capítulos anteriores exploraram-se as temáticas sobre a diabetes nos cuidados de saúde primários, o *empowerment* em saúde e a qualidade dos serviços. Esta revisão teórica possibilitou a conceptualização de todo o estudo empírico.

Neste capítulo apresenta-se a metodologia de investigação empreendida neste trabalho. Inclui a conceptualização e operacionalização do estudo, a descrição da amostra, a construção do instrumento de recolha de dados e os procedimentos utilizados.

5.1 Conceptualização do estudo

O objectivo principal deste trabalho é investigar a relação entre o *empowerment* e a satisfação e entre a qualidade de serviço percebida e a satisfação dos doentes diabéticos.

Os objectivos específicos são:

- Caracterizar o conceito de *empowerment* e investigar a sua aplicação aos cuidados de saúde primários;
- Caracterizar o conceito de qualidade de serviço percebida e analisar a sua aplicação aos cuidados de saúde primários;
- Identificar os factores associados ao *empowerment*;
- Identificar os atributos associados à qualidade de serviço percebida;
- Perceber se existem grupos de doentes que entendem o processo de *empowerment* da mesma forma, e quais são as características desses grupos;
- Perceber se existem grupos de doentes que percebem a qualidade dos serviços da mesma forma e quais são as características desse grupos.

O estudo desenvolvido assume um carácter exploratório, uma vez que não existem trabalhos sobre a relação entre *empowerment*, qualidade de serviço e satisfação na consulta de diabetes, em Portugal.

Para atingir os objectivos supracitados foi desenhado um plano de investigação, que inclui a conceptualização teórica do trabalho e os métodos utilizados para alcançar os objectivos propostos (Figura 11).

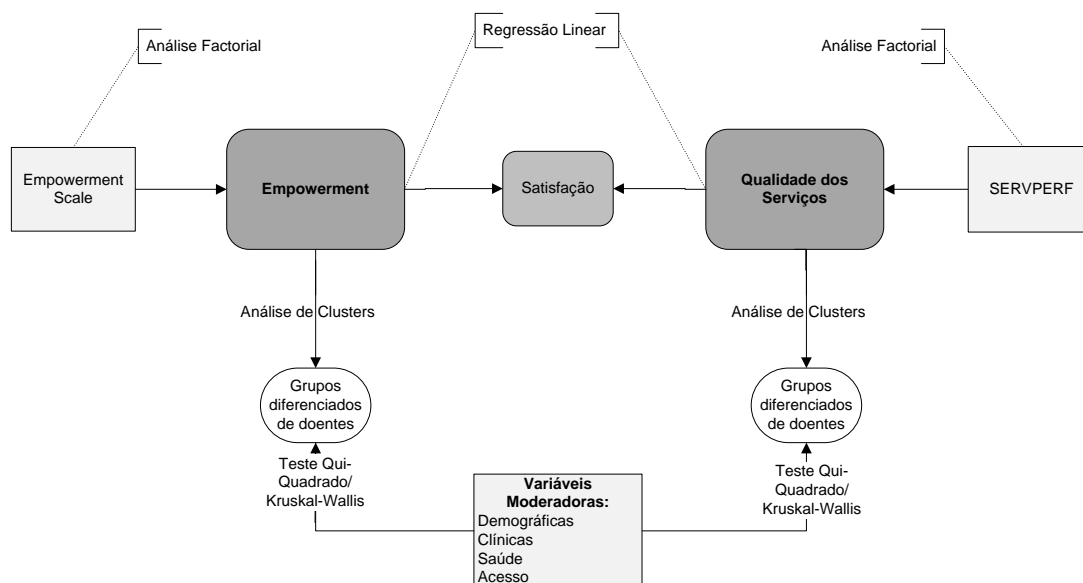


Figura 11 - Conceptualização do estudo

5.2 Operacionalização do estudo

O trabalho de investigação desenvolveu-se em três fases. A primeira fase incidiu na revisão da literatura sobre as principais temáticas em estudo, a diabetes e os cuidados de saúde primários, o *empowerment* e a qualidade de serviços. A segunda etapa envolveu a construção da amostra, o desenvolvimento da primeira versão do instrumento de recolha de dados, o pré-teste do questionário no Centro de Saúde de Aveiro, a identificação dos pontos que necessitavam de ser melhorados e a reformulação do instrumento, obtendo-se o questionário final. Seguiu-se a recolha dos dados nos quatro centros de saúde que compõe o Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Vouga II (ACES BV II). Na última fase, efectuou-se o tratamento estatístico dos dados e a respectiva apresentação dos resultados, seguida da sua discussão, com referência à literatura revista e a estudo similares, sempre que possível. Por último, reflectiu-se mais profundamente acerca das

principais conclusões obtidas com esta pesquisa, das limitações que eventualmente apresenta e das linhas de investigação futura que sugere.

5.3 Caracterização da população e da amostra

A população em estudo é constituída pelos doentes diabéticos tipo II, que frequentam a consulta de diabetes nos centros de saúde que pertencem ao ACES BV II.

O ACES BV II tem sede na região de Aveiro, que é composta por uma área geográfica de 595,5 Km^2 e uma densidade populacional de 275,7 habitantes por Km^2 . A área geográfica de influência é constituída por quatro concelhos: Albergaria-a-Velha, Aveiro, Ílhavo e Vagos. O agrupamento é composto por quatro centros de saúde aos quais estão agregadas extensões de saúde e unidades de saúde familiares (SSA, 2008)

O Centro de Saúde com maior número de pessoas inscritas é o Centro de Saúde de Aveiro (83.958), seguindo-se o Centro de Saúde de Ílhavo (44.056), o Centro de Saúde de Albergaria-a-Velha (28.009) e o Centro de Saúde de Vagos (25.125). Da mesma forma, o número de diabéticos registados é maior no Centro de Saúde de Aveiro (4.541) e menor no Centro de Saúde de Vagos (1.321). Estes dados são apresentados na Tabela 4.

Centro de Saúde	Nº Diabéticos registados (Guia do diabético)	População inscrita	%000
Albergaria-a-Velha	1.624	28.009	5.798,14
Aveiro	4.541	83.958	5.408,66
Ílhavo	2.244	44.056	5.093,52
Vagos	1.321	25.125	5.257,71

Tabela 4 - Diabéticos registados no ACES BV II

O plano de amostragem foi feito tendo em conta os dados do Relatório de Actividades de 2008 da Sub-Região de Saúde 2008, referentes aos utentes diabéticos tipo II inscritos nos quatro centros de saúde, disponíveis no ACES BV II (Tabela 5).

Centro de Saúde	Nº Diabéticos com consulta diabetes efectuada no ano	Nº total de diabéticos	%
Albergaria-a-Velha	1.121	1.660	67.5
Aveiro	1.702	4.286	39.7
Ílhavo	557	2.113	26.4
Vagos	837	1.394	60.0

Tabela 5 - Diabéticos que efectuaram consulta no ACES BV II

O método de amostragem utilizado neste trabalho é o método de amostragem por quotas. Este método consiste na construção de uma amostra representativa segundo variáveis pré-identificadas, como por exemplo os centros de saúde. Este tipo de amostragem é não-aleatória e define estratos que são representativos dos casos dos estratos correspondentes no universo (Hill & Hill, 2000). A amostra foi calculada tendo em conta a seguinte fórmula (Vicente, Reis, & Ferrã, 2001):

$$n = \frac{\sum_{i=1}^L N_i^2 p_i (1 - p_i) / \omega_i}{N^2 \frac{\beta^2}{Z^2 \frac{\alpha}{1 - \frac{\alpha}{2}}} + \sum_{i=1}^L N_i p_i (1 - p_i)}$$

Sendo,

N = população

L = número de estratos

β = erro de amostragem

α = erro tipo I

ω_i = fracção do estrato

Depois de efectuados os cálculos, chegou-se a uma amostra de 336 indivíduos, sendo $n_1=59$ (Albergaria-a-Velha); $n_2= 152$ (Aveiro); $n_3= 75$ (Ílhavo) e $n_4=50$ (Vagos).

5.4 Procedimentos de recolha de dados

Inquiriu-se uma amostra por quotas, de conveniência constituída por 336 doentes diabéticos que frequentam as consultas organizadas de diabetes nos respectivos centros de saúde.

Como foi referido, no primeiro capítulo, as consultas de diabetes são compostas por uma consulta médica e uma consulta de enfermagem. Desta forma, a recolha de dados foi feita de acordo com a dinâmica implementada nas consultas. Aquando da consulta de enfermagem, o profissional de saúde explicava ao doente o estudo que estava a ser realizado naquele centro de saúde e pedia a sua colaboração. Depois de o doente aceitar participar no estudo, o enfermeiro preenchia, na parte clínica do questionário, os dados referentes ao peso e à altura do doente. De seguida, o médico preenchia os restantes dados clínicos. No final da consulta, o doente era encaminhado para uma sala, onde o entrevistador preenchia, por heteropreenchimento, o remanescente questionário. Antes de se iniciar o preenchimento do questionário, o doente era informado de forma mais pormenorizada acerca do estudo e dos seus direitos enquanto participante, nomeadamente, referindo o carácter confidencial e anónimo das respostas. Por último, o doente assinava uma folha dando o seu consentimento informado (ver Anexo I) à participação na investigação.

5.5 Instrumentos de medida

Para alcançar os objectivos propostos, foi desenvolvido um questionário (ver Anexo II) que permitiu aglutinar a informação necessária à execução deste trabalho. O questionário divide-se em sete grupos de questões. Cada grupo foi construído tendo em conta a bibliografia revista (Tabela 6).

	Tipo de informação	Autores
Grupo I	Informação sócio-demográfica	(ESS, 2008)
Grupo II	Informação de saúde	(ESS, 2008)
Grupo III	Informação sobre o acesso aos serviços	(Bridges, et al., 2008)
Grupo IV	Instrumento de medida do <i>empowerment</i>	(Ouschan, et al., 2006)
Grupo V	Instrumento de medida da qualidade percebida dos serviços	(Cronin & Taylor, 1992)
Grupo VI	Variáveis sobre a qualidade geral e satisfação	(Cronin & Taylor, 1992)
Grupo VII	Informação clínica	(American Diabetes Association, 2010), (Tang, et al., 2009)

Tabela 6 - Agrupamento dos itens do questionário utilizado na recolha de dados

O primeiro grupo de perguntas é composto pelas questões de 1 a 8, e com as quais se pretende recolher informação sócio demográfica.

O segundo grupo de questões abrange as perguntas de 9 a 12, pretendendo-se obter informação sobre a saúde do doente.

O terceiro grupo de questões relaciona-se com o acesso dos doentes ao sistema de saúde. Engloba as perguntas de 13 a 16.

O quarto grupo (Tabela 7) é constituído por uma escala de *empowerment* adaptada de Ouschan (2006). O trabalho deste autor pretendia estudar a relação entre o *empowerment* e a relação de confiança e compromisso com o médico (Ouschan, et al., 2006). O instrumento é composto por 31 itens e utiliza uma escala de Likert de 1 a 7. A escala foi, inicialmente, traduzida por dois dos investigadores responsáveis pelo trabalho. De seguida, foi revista por dois médicos, um dos quais especialista em endocrinologia. Por último, e com o intuito de avaliar a qualidade da tradução, foi utilizada a técnica do “*Back Translation*”, que consiste em voltar a traduzir o instrumento traduzido para a sua língua original (Presser, et al., 2004).

O quinto grupo (Tabela 8) consiste numa escala que afere a qualidade percebida dos serviços, o SERVPERF (Cronin & Taylor, 1992). Esta escala é um refinamento do SERVQUAL (A. Parasuraman, et al., 1988). A escala original é composta por 21 itens e é pontuada numa escala de Likert de 1 a 7.

O sexto grupo consiste em 2 itens que pretendem aferir a qualidade global do serviço (Tabela 9) e a satisfação (Tabela 10). Estes itens foram adaptados e traduzidos da mesma forma que no grupo anterior, uma vez que foram construídos com base no mesmo trabalho (Cronin & Taylor, 1992).

O sétimo grupo refere-se à informação clínica do doente, sendo o único grupo que é preenchido pelos profissionais de saúde, e é constituído por quatro perguntas. Para além das complicações associadas à diabetes este grupo recolhe o peso e altura do doente, de modo a ser calculado o seu índice de massa corporal (IMC). O índice de massa corporal é um índice simples, amplamente, utilizado para classificar o peso nos adultos (WHO, 1995). É dado pela massa a dividir pela altura ao quadrado (Kg/m^2). Para além deste índice, este grupo de perguntas afere, também, a hemoglobina glicosilada (HbA1c), que é uma forma de hemoglobina que permite identificar a concentração de glicose no plasma durante períodos de tempo relativamente longos. Nos doentes diabéticos, este valor deve manter-se abaixo dos 7%, a fim de prevenir complicações (ADA, 2010b).

Em ambos os instrumentos utilizados optou-se por utilizar uma escala de Likert de cinco itens apenas, em que 1 corresponde a “discordo muito”, 2 a “discordo”, 3 a “nem concordo nem discordo”, 4 a “concordo” e 5 a “concordo muito”. Esta opção foi tomada tendo em conta as características da população em estudo, nomeadamente, no que respeita à escolaridade e à idade, receando-se problemas na compreensão da escala de 1 a 7. Esta escala mais alargada possui apenas etiquetas nos pontos extremos “discordo muito”, “concordo muito” e no ponto intermédio “nem concordo nem discordo” o que já se revelou problemático em trabalhos anteriores, tanto na área da gestão como da saúde (Babakus & Mangold, 1992; Buttle, 1996). O pré-teste confirmou a qualidade desta decisão.

Quando se faz a tradução integral de um instrumento deve-se garantir sempre que este, depois de traduzido, mede o mesmo que o instrumento original (Presser, et al., 2004). A qualidade da tradução e o seu desempenho estão estreitamente relacionados, o que não significa, necessariamente, que uma boa tradução resulte num bom desempenho do questionário (Presser, et al., 2004). Por isso foi realizado um pré-teste do mesmo.

O pré-teste foi efectuado com dez doentes, no Centro de Saúde de Aveiro. A sua finalidade foi perceber se as perguntas do questionário eram compreendidas pelos doentes, determinar se as questões estavam colocadas na melhor ordem, perceber se

era necessário eliminar alguma pergunta e aferir se se estava a medir o que se pretendia. Com base no pré-teste, foram feitas alterações, nomeadamente, ao nível da linguagem e da ordem das questões.

ESCALA DE <i>EMPOWERMENT</i>
EMP1- Os profissionais de saúde (médico e enfermeiro) mantêm-me actualizado com informação recente sobre a minha doença.
EMP2- Quando os profissionais de saúde falam comigo sobre a minha doença centram-se na promoção da saúde (ex: alimentação saudável, exercício físico).
EMP3- Estou a par do que consta no meu registo clínico.
EMP4- Os profissionais de saúde informam-me sobre potenciais complicações associadas à minha doença (ex: retinopatia, pé diabético, hipertensão).
EMP5- Os profissionais de saúde esforçam-se para que a informação clínica seja fácil de perceber.
EMP6- Monitorizo o meu próprio progresso (ex: controlo do peso, controlo das glicemias).
EMP7- Sei o que me pode levar a ter certos sintomas ligados à doença (Ingestão excessiva de açúcares, falta de medicação; falta de exercício – hiperglicemia;
EMP8- Tenho alterado significativamente o meu estilo de vida e hábitos para melhorar a minha saúde.
EMP9- Asseguro-me que tenho medicação sempre acessível.
EMP10- Faço muitas perguntas durante as consultas.
EMP11- Os profissionais de saúde informam-me sobre o que devo esperar de possíveis tratamentos.
EMP12- Os profissionais de saúde dão-me instruções claras sobre o que fazer em diferentes situações (hiperglicémia, hipoglicemia, pé diabético).
EMP13- Os profissionais de saúde dão-me o tempo necessário durante as consultas.
EMP14- Os profissionais de saúde fornecem-me material escrito sobre a minha doença.
EMP15- Os profissionais de saúde certificam-se que tenho capacidade para monitorizar o meu progresso (ex: controlo do peso, controlo das glicemias).
EMP16- Sinto-me responsável pela gestão da minha doença.
EMP17- Estou atento a sinais de risco (ex: bolhas ou cortes nos pés; glicemias descontroladas)
EMP18- Os profissionais de saúde encorajam-me a assumir responsabilidade sobre o meu próprio cuidado.
EMP19- Falo com os profissionais de saúde sobre cuidados alternativos (não tradicionais) (ex:chá).
EMP20- Consigo orientar o encontro com os profissionais de saúde de acordo com as minhas necessidades.

EMP21- Os profissionais de saúde tentam perceber se eu compreendo o que me vai acontecendo no decorrer da doença.

EMP22- Quando apropriado, os profissionais de saúde dão-me um plano escrito sobre como controlar a minha doença (ex: plano alimentar).

EMP23- Os profissionais de saúde informam-me sobre sessões de esclarecimento e outros serviços de saúde a que eu possa recorrer.

EMP24- Os profissionais de saúde usam diagramas/ esquemas para me explicar algo sobre a minha doença.

EMP25- Os profissionais de saúde certificam-se que tenho capacidade para tomar a medicação.

EMP26- Preocupo-me mais em manter a minha doença controlada do que com os problemas graves da doença (cegueira, amputação).

EMP27- Tenho controlo sobre os meus sintomas diários (ex: Sede e secura da boca, excessiva eliminação de urina, falta de forças – Hiperglicemia).

EMP28- Guardo um registo do meu progresso para informar os profissionais de saúde.

EMP29- Partilho com os profissionais de saúde informação de outras fontes (família, amigos, comunicação social, livros, internet).

EMP30- Tenho opinião na escolha do tratamento.

EMP31- Informo os profissionais de saúde sobre as minhas preocupações.

Tabela 7 - Instrumento de medida do *empowerment* [adaptado de Ouschan (2006)]

SERVEPERF adaptado de Cronin & Taylor (1992)
QUAL1- O centro de saúde tem equipamento moderno.
QUAL2- As instalações físicas do centro de saúde são visualmente agradáveis.
QUAL3- Os profissionais do centro de saúde (médico, enfermeiros, funcionários administrativos) têm aparência cuidada.
QUAL4- As instalações físicas do centro de saúde são adequadas ao tipo de serviço prestado.
QUAL5- O centro de saúde cumpre com rigor os prazos que estabelece para responder a um pedido do utente.
QUAL6- Quando se tem problemas ou dúvidas, o centro de saúde trata os utentes de forma simpática e de um modo que transmite confiança.
QUAL7- O centro de saúde não disponibiliza um atendimento individualizado aos utentes.
QUAL8- O centro de saúde cumpre com as marcações feitas (ex: hora das consultas).
QUAL9- O centro de saúde mantém os registos dos utentes actualizados.
QUAL10- O centro de saúde não comunica com exactidão aos utentes a altura em que um serviço vai ser prestado.
QUAL11- Os profissionais do centro de saúde demoram a atender os utentes.
QUAL12- Os profissionais do centro de saúde nem sempre demonstram boa vontade em ajudar os utentes.
QUAL13- Os profissionais do centro de saúde estão demasiado ocupados e não conseguem responder aos pedidos do utente no tempo apropriado.
QUAL14- Pode-se confiar nos profissionais do centro de saúde.
QUAL15- Os utentes sentem-se seguros nas suas interações com os profissionais do centro de saúde.
QUAL16- Os profissionais do centro de saúde são correctos.
QUAL17- Os profissionais recebem, do centro de saúde, apoio adequado ao bom desempenho das suas tarefas.
QUAL18- Pode-se confiar neste centro de saúde.
QUAL19- Os profissionais do centro de saúde não disponibilizam atenção personalizada aos utentes.
QUAL20- Os profissionais do centro de saúde não conhecem as necessidades dos utentes.
QUAL21- Os profissionais do centro de saúde não têm em consideração os interesses dos utentes.
QUAL22- O horário praticado pelo centro de saúde não convém a todos os utentes.

Tabela 8 - Instrumento de medida da qualidade percebida dos serviços [adaptado de Cronin & Taylor (1992)]

Qualidade geral				
Relativamente aos serviços prestados pelo centro de saúde, considero-me globalmente:				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito

Tabela 9 - Item de aferição da qualidade geral do serviço [adaptado de Cronin & Taylor (1992)]

Satisfação				
Globalmente, considero os serviços prestados pelo centro de saúde:				
Muito Maus	Maus	Nem maus nem bons	Bons	Muito bons

Tabela 10 - Item de aferição da satisfação com o serviço [adaptado de Cronin & Taylor (1992)]

5.6 Métodos

Os dados recolhidos foram tratados estatisticamente recorrendo ao software *PASW Statistics 18*. Iniciou-se o processo de tratamento estatístico pela inspeção visual dos dados e pela análise das distribuições das variáveis, *outliers* e *missing values*. A maioria das variáveis segue uma distribuição normal. No entanto, existem variáveis que não seguem esta distribuição, mas que não sofreram qualquer tipo de transposição. Relativamente aos *outliers*, estes foram identificados e analisados, tendo-se decidido mantê-los como parte constituinte dos dados. Como os questionários foram aplicados durante uma entrevista presencial, a ocorrência de *missing values* é irrisória, optando-se, por isso, por utilizar a opção do software “*replace with means*” que faz com que os dados em falta sejam substituídos pela média das respostas dadas na variável em causa.

O tratamento estatístico de dados deste trabalho envolveu os vários níveis de análise: univariada, bivariada e multivariada. Esta última compreendeu diferentes técnicas estatísticas, das quais se salientam a análise factorial, a análise de clusters e as regressões lineares múltiplas.

5.6.1 Análise Factorial

A análise factorial é um conjunto de técnicas de análise exploratória de dados (Marôco, 2010). O objectivo principal deste tipo de análise é sumarizar a informação de um conjunto de variáveis originais num conjunto mais pequeno de variáveis correlacionadas entre si, com o mínimo possível de perda de informação (Hair, Anderson, Tatham, & Black, 1995).

Quando se faz o planeamento da recolha de dados para análise factorial, deve-se ter em conta o tamanho da amostra. Uma regra geral define que a amostra deve ter, no mínimo, cinco observações para cada variável analisada mas, idealmente, deverá existir um rácio de 10 observações por cada variável (Hair, et al., 1995).

Após consumada a recolha de dados e antes de avançar com a análise factorial, devem ser aferidos alguns pressupostos subjacentes a este tipo de análise. Uma vez que o objectivo é identificar conjuntos de variáveis correlacionadas, é desejável que exista algum grau de multicolinearidade entre as variáveis. A multicolinearidade refere-se à correlação entre várias variáveis independentes (Hair, et al., 1995).

Primeiro, o investigador deve fazer uma inspecção visual à matriz das correlações para se assegurar que as correlações têm valores superiores a 0.30. Concomitantemente, analisando os valores das correlações da matriz anti-imagem pode-se perceber se a análise factorial é ou não aplicável. Quando os valores da matriz são muito elevados pode ser um indicador de que a análise factorial não é indicada.

Outra forma de se perceber se a análise factorial é apropriada consiste em examinar o teste de esfericidade de Barlett. Este teste indica qual a probabilidade estatística da matriz de correlações ter correlações significativas, com pelo menos algumas das variáveis.

Outra medida para quantificar o grau de correlação entre as variáveis é a “*measure of sampling adequacy*” (MSA) que varia entre 0 e 1. Quanto o valor de uma variável é 1 significa que esta é predita sem erros por outra variável (Hair, et al., 1995).

Por último, deve ser tida em conta a “medida de adequação da amostragem de Kaiser-Mayer-Olkin” que permite quantificar o grau das correlações entre as variáveis. Este índice varia entre 0 e 1 (Tabela 11).

Valor do KMO	Recomendação relativamente à AF
]0.9;1.0]	Excelente
]0.8;0.9]	Boa
]0.7;0.8]	Média
]0.6;0.7]	Medíocre
]0.5;0.6]	Mau mas ainda aceitável
≤0.5	Inaceitável

Tabela 11 - Valores de referência do KMO [adaptado de Pestana & Gageiro (2008)]

Após este primeiro entendimento dos dados, é necessário perceber qual o método mais adequado para a extracção de factores e quantos factores se devem reter para explicar a estrutura subjacente aos dados (Hair, et al., 1995).

Existem vários métodos de extracção de factores. Os mais utilizados são o método das componentes principais e o método da máxima verosimilhança (Peastana & Gageiro, 2008). No presente trabalho, é utilizado o método de extracção das componentes principais. Este procedimento permite transformar um conjunto de variáveis iniciais correlacionadas entre si, noutro grupo menor de variáveis não correlacionadas (ortogonais) e que se designam por componentes principais (Peastana & Gageiro, 2008).

A questão que se coloca a seguir é quantos factores se devem reter da análise anterior, que expliquem convenientemente o fenómeno em estudo. São vários os critérios a considerar na decisão, entre eles o critério da percentagem de variância, o critério de *Kaiser* e o critério do *Scree Plot*.

A percentagem de variância explicada é um critério que se baseia na ideia de que os factores devem explicar pelo menos uma dada variância. Em ciências sociais, considera-se que ter 60% da variância explicada é satisfatório (Hair, et al., 1995).

O critério de *Kaiser* estabelece que só se devem considerar factores com *eigenvalues* superiores a 1 (Marôco, 2010). O valor de *eigenvalue* representa a quantidade de variância explicada por um factor (Hair, et al., 1995). Assim sendo, devem-se reter os factores que expliquem mais informação do que a informação estandardizada de uma variável original, que é 1.

O gráfico da *scree plot* afigura, no eixo das abcissas, os factores e no eixo das ordenadas, os respectivos *eigenvalues*. A partir deste gráfico entende-se qual a importância de cada factor na explicação da variância total das variáveis originais. Assim, devem reter-se os factores até aquele em que se observa uma inflexão acentuada da curva (Hair, et al., 1995; Marôco, 2010).

O passo seguinte na análise factorial é interpretar os factores e seleccionar a solução final. Começa-se então por analisar a matriz factorial que fornece as saturações de cada variável, nos diferentes factores. A solução factorial encontrada nem sempre é interpretável e os pesos factoriais das variáveis nos factores comuns podem ser tais que não é possível atribuir um significado empírico aos factores extraídos (Marôco, 2010). Para que a solução possa ser facilmente interpretada são aplicados métodos de rotação dos factores. Neste trabalho é aplicada a rotação *varimax*. Este tipo de rotação ortogonal tem como objectivo encontrar uma estrutura factorial na qual uma variável esteja fortemente associada a um factor e pouco associada com os restantes factores (Marôco, 2010). Quando os valores se aproximam de 1 indicam uma forte associação da variável com o factor. Este tipo de rotação fornece uma separação clara dos factores (Hair, et al., 1995)

Depois de aplicada a rotação *varimax* é novamente analisada a matriz factorial. As variáveis devem apresentar valores superiores a 0.5, quando assim não acontece pode ser pertinente eliminá-las. Em paralelo, devem também ser observados os valores das comunalidades para cada variável. A comunalidade representa a quantidade total de variância que uma variável original partilha com todas as outras (Hair, et al., 1995). Todas as variáveis com valores inferiores a 0.5 não explicam variância suficiente (Hair, et al., 1995).

Quando as variáveis não têm saturações elevadas em nenhum factor ou quando as comunalidades são muito baixas podem-se tomar duas opções: interpretar a solução e simplesmente ignorar essas variáveis, ou avaliar a possível eliminação das variáveis (Hair, et al., 1995).

Para avaliar a qualidade do modelo factorial obtido existem vários métodos, um dos mais conhecidos é o *Alfa de Cronbach* (Peastana & Gageiro, 2008). Este indicador avalia a consistência interna ou seja, se as variáveis dentro do mesmo factor medem o mesmo constructo e se estão altamente correlacionadas. O valor deve-se encontrar acima de 0.7, no entanto, pode-se considerar 0.6 em estudos exploratórios (Hair, et al., 1995).

5.6.2 Análise de Cluster

A análise de clusters é um grupo de técnicas multivariadas cujo principal objectivo é agrupar sujeitos ou variáveis em grupos com características semelhantes. As variáveis ou sujeitos resultantes dos clusters devem ser internamente muito homogêneos e externamente muito heterogêneos (Hair, et al., 1995). O agrupamento de cluster abrange métodos hierárquicos e não hierárquicos.

Para que seja possível identificar os grupos de variáveis ou sujeitos semelhantes é necessário conseguir medir a semelhança de uma forma objectiva. Na presente dissertação foi utilizada a distância euclidiana. Esta medida mede o comprimento do segmento de recta que une duas observações num espaço dimensional (Marôco, 2010).

As técnicas hierárquicas recorrem a passos sucessivos de agregação dos sujeitos, existindo diferentes métodos de agregação (Hair, et al., 1995; Marôco, 2010; Peastana & Gageiro, 2008). Neste trabalho é utilizado o método da menor distância (*“single linkage”* ou *“nearest neighbor”*) que, após a formação do primeiro cluster, agrupa os objectos que estiverem a uma menor distância entre si. Este método leva à maximização da ligação entre clusters e tende a criar um menor número de clusters (Marôco, 2010).

Após a conclusão desta primeira análise hierárquica, é necessário decidir qual o número de clusters a reter. Inicialmente, deve ser feita uma análise do dendograma. No entanto, este método é bastante subjectivo e, por isso, é frequente a utilização de métodos com um carácter mais objectivo. Um deles prende-se com a análise da distância entre clusters. Este tipo de análise faz-se pela observação da tabela *“Agglomeration Schedule”*. Na coluna dos coeficientes pode-se perceber qual a proximidade entre os clusters. Se a distância entre dois clusters é pequena, estes devem ser agregados, se pelo contrário essa distância é curta, os clusters devem manter-se separados (Marôco, 2010).

A classificação dos clusters foi posteriormente refinada através de um procedimento não-hierárquico, *K-Means*. Este tipo de método visa agrupar sujeitos em clusters cujo número é predefinido pelo investigador. Este método apresenta uma menor probabilidade, em relação aos métodos hierárquicos, de classificar os sujeitos erradamente (Marôco, 2010).

Tendo em conta os clusters formados e os sujeitos agregados em cada um deles pretende-se perceber se esses clusters apresentam diferenças estatisticamente

significativas, no que refere às variáveis sócio-demográficas e de saúde. Para as variáveis categóricas recorreu-se ao teste do Qui-quadrado e para as variáveis contínuas a análise foi feita através do teste de *Kruskal-Wallis*.

5.6.3 Regressão Linear

A regressão linear consiste num conjunto de técnicas estatísticas usadas para modelar relações entre variáveis e predizer o valor de uma variável dependente, a partir de um conjunto de variáveis independentes (Marôco, 2010).

Perante um problema de regressão linear múltipla o investigador pode conhecer à partida quais as variáveis independentes a incluir no modelo. Quando assim acontece, o método *standard* utilizado é o método “*Enter*”. Este método é adequado quando se lida com um número pequeno de predictores e quando o investigador não sabe quais são as variáveis que vão originar um modelo melhor (Hair, et al., 1995).

Quando se trabalha com regressões lineares, é necessário validar alguns pressupostos subjacentes a este tipo de análise. O primeiro refere-se à observação dos *outliers*, uma vez que este tipo de técnica é muito sensível à sua presença. O segundo relaciona-se com a análise dos resíduos. Estes devem seguir uma distribuição normal e de variância constante e os erros devem ser independentes. O terceiro está associado à linearidade do fenómeno em estudo. Por último, deve-se ainda verificar a existência do fenómeno de multicolinearidade.

O pressuposto da distribuição normal dos erros pode ser averiguado através da análise do gráfico de probabilidade normal (Hair, et al., 1995).

O pressuposto da variância constante e da linearidade do fenómeno testa-se recorrendo à análise gráfica da distribuição dos resíduos (Hair, et al., 1995).

O pressuposto da independência dos erros é dado pelo teste de *Durbin-Watson*, que confere a presença de auto-correlação entre os resíduos do modelo. Este teste assume valores entre 0 e 4 (Marôco, 2010).

Quando as variáveis independentes são fortemente correlacionadas entre si, a análise do modelo de regressão pode ser extremamente difícil e destituído de significado (Marôco, 2010). Existem várias formas de diagnosticar este fenómeno. Um dos mais utilizados é o factor de inflação da variância (VIF). De um modo geral, valores de VIF

superiores a 5 indicam a presença de multicolinearidade nas variáveis independentes (Hair, et al., 1995).

Após a validação dos pressupostos da análise de regressões lineares, é necessário avaliar a qualidade do modelo obtido. Com este intuito devem-se ter em conta vários factores, entre eles o teste F, o coeficiente de determinação e os coeficientes β .

O teste F permite fazer a comparação da variância explicada pela variável dependente, tendo em conta cada uma das variáveis independentes. Se o teste F for estatisticamente significativo ($p < 0.05$), é indicativo de que o modelo de regressão é um bom modelo para prever a variável dependente.

O coeficiente de determinação (R^2) mede a proporção de variância da variável dependente que é explicada pelas variáveis independentes (Hair, et al., 1995). Este coeficiente pode variar entre 0 e 1, sendo que, quanto mais elevado for o valor de R^2 , maior o poder explicativo da equação linear.

Os coeficientes β são coeficientes de regressão que permitem, por comparação, perceber quais são as variáveis independentes que têm um maior poder explicativo da variável dependente (Hair, et al., 1995).

Depois de efectuada uma descrição minuciosa da metodologia empreendida neste trabalho apresentam-se, no capítulo seguinte, os resultados obtidos.

6 Resultados

Após a recolha de dados, foi feito o seu tratamento estatístico. Neste capítulo, apresentam-se os resultados. Começa-se por fazer uma análise descritiva dos dados. De seguida, apresenta-se a factorização dos instrumentos utilizados no estudo. Prossegue-se com a identificação dos grupos de doentes com atitudes semelhantes no que respeita ao *empowerment* e à qualidade de serviço percebida. Por último, descrevem-se modelos de regressão, tendo em conta as variáveis em estudo.

6.1 *Análise Descritiva*

Dos 336 questionários realizados, 152 correspondem a doentes pertencentes ao Centro de Saúde de Aveiro, 75 ao Centro de Saúde de Ílhavo, 59 de ao Centro de Saúde de Albergaria-a-Velha e 50 ao Centro de Saúde de Vagos. A amostra é composta por 170 elementos do sexo masculino e 165 do sexo feminino. A maioria das pessoas pertence a uma faixa etária elevada, sendo que 71.0% têm 60 ou mais anos. O estado civil é predominantemente “casado” ou “em união de facto” (70.4%). Apenas uma minoria dos indivíduos vive completamente sozinha (17.3%).

Na Tabela 12 é apresentado o perfil sócio-demográfico a cima descrito.

Variáveis	Nº Absoluto		%		Total %
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	
Género	165	170	49.3	50.7	100
Idade					
20-29	0	1	0	0.3	0.3
30-39	3	4	0.9	1.2	2.1
40-49	14	8	4.2	2.4	6.6
50-59	33	34	9.9	10.1	20.0
60-69	53	57	15.8	17.0	32.8
70-79	47	56	14.0	15.7	30.7
80-89	15	10	4.5	3.0	7.5
Estado Civil					
Casado/ União de facto	100	135	29.9	40.4	70.4
Solteiro	14	10	4.2	3.0	7.2
Viúvo	35	11	10.5	3.3	13.8
Divorciado/ Separado	15	14	4.5	4.2	8.7
Agregado Familiar					
Sozinho	41	17	12.2	5.1	17.3
Cônjuge	56	86	16.7	25.7	42.4
Cônjuge e outros familiares	41	50	12.2	14.9	27.2
Familiares que não cônjuge	24	12	7.2	3.6	10.7
Amigos	1	1	0.3	0.3	0.6
Outros	2	4	0.6	1.2	1.8

Tabela 12 - Perfil sócio-demográfico dos doentes (I)

A população em estudo apresenta-se heterogénea em termos geográficos, sendo que 46.6% dos indivíduos vivem em contexto urbano e os restantes se dividem entre meios semi-urbanos e rurais. Na generalidade, a escolaridade da amostra em estudo é baixa, uma vez que 60.4% dos indivíduos completaram apenas o 1º ciclo do ensino básico e 9.8% não possui qualquer escolaridade. No que respeita à actividade profissional dos sujeitos, mais de metade (57.6%) encontra-se reformada e apenas 22.4% tem um trabalho remunerado. Relativamente aos rendimentos auferidos pelos inquiridos, encontram-se maioritariamente abaixo dos 1000 euros (69.1%), sendo que, destes, 27.2% estão abaixo dos 500 euros. Estes resultados encontram-se aglomerados na Tabela 13.

Variáveis	Nº Absoluto		%		Total %
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	
Localidade					
Cidade	72	84	21.5	25.1	46.6
Vila	46	39	13.7	11.6	25.4
Aldeia	46	47	13.7	14.0	27.8
Não sabe/Não responde	1	0	0.3	0	0.3
Escolaridade					
Nenhuma	24	9	7.2	2.7	9.9
Ensino básico (1ºciclo)	111	104	33.3	31.2	64.6
Ensino básico (2ºciclo)	8	9	2.4	2.7	5.1
Ensino básico (3ºciclo)	7	7	2.1	2.1	4.2
Ensino secundário	4	23	1.2	6.9	8.1
Ensino profissional	4	8	1.2	2.4	3.6
Ensino superior	7	8	2.1	2.4	4.5
Profissão					
Trabalho remunerado por conta de outrem	21	29	6.3	8.7	14.9
Trabalho remunerado por conta própria	8	17	2.4	5.1	7.5
Desempregado	14	9	4.2	2.7	6.9
Incapacitado	7	6	2.1	1.8	3.9
Reformado	84	109	25.1	32.5	57.6
Doméstico	28	0	8.4	0.0	8.4
Outro	3	0	0.9	0.0	0.9
Rendimento (euros)					
Até 500	64	27	19.2	8.1	27.2
500 -750	36	37	10.8	11.1	21.9
750 -1000	24	36	7.2	10.8	18.0
1000 -1500	25	34	7.5	10.2	17.7
1500 -2000	3	13	0.9	3.9	4.8
Superior a 2000	5	14	1.5	4.2	5.7
Não sabe/ Não responde	8	8	2.4	2.4	4.8

Tabela 13 - Perfil sócio-demográfico dos doentes (II)

Na Tabela 14, apresenta-se o perfil de saúde dos indivíduos. No que respeita à diabetes, 56.1% dos doentes conhece o seu diagnóstico há mais de 6 anos, sendo que apenas 12.5% tem um diagnóstico há menos de 1 ano. A maioria dos doentes toma somente anti-diabéticos orais para controlar a sua doença (84.2%) e apenas uma

pequena parte necessita de tomar insulina (8.1%) ou insulina e comprimidos (3.0%). A percentagem de doentes que controla a sua doença apenas com regime alimentar é baixa (4.8%) e destes, a maioria são mulheres. Relativamente, à auto-avaliação do estado de saúde, a maioria dos indivíduos classifica a sua saúde como razoável (54.0%); 20.3% dos homens afirma que a sua saúde é boa ou muito boa, enquanto apenas 8.7% das mulheres classifica a sua saúde desta forma. No que se refere à frequência com que a diabetes impede os doentes de fazerem as suas actividades de vida diária, a grande maioria dos doentes afirma que nunca (65.9%) e apenas 5.1% declara que o impedimento é frequente ou sempre (0.6%).

Variáveis	Nº Absoluto		%		Total %
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	
Anos de diagnóstico DM					
< 1	23	19	6.9	5.7	12.5
1-5	49	56	14.6	15.7	31.3
6-20	73	72	21.8	21.5	43.3
>20	20	23	6.0	6.9	12.8
Terapia DM					
Apenas regime alimentar	11	5	3.3	1.5	4.8
Comprimidos	133	149	39.7	44.5	84.2
Insulina	15	12	4.5	3.6	8.1
Insulina e comprimidos	6	4	1.8	1.2	3.0
Estado de Saúde					
Muito mau	14	2	4.2	0.6	4.8
Mau	23	18	6.9	5.4	12.2
Razoável	99	82	29.6	24.5	54.0
Bom	28	61	8.4	18.2	26.6
Muito bom	1	7	0.3	2.1	2.4
Impedimento AVD					
Nunca	101	119	30.2	25.6	65.9
Poucas vezes	21	26	6.3	7.8	14.1
Algumas vezes	30	18	9.0	5.4	14.4
Frequentemente	11	6	3.3	1.8	5.1
Sempre	2	0	0.6	0.0	0.6

Tabela 14 - Perfil de saúde dos doentes

A monitorização afigura-se como uma tarefa essencial no acompanhamento de doentes diabéticos e por isso foi feita uma recolha de alguns dados essenciais à compreensão dos níveis de controlo clínico dos doentes (Tabela 15). No que concerne ao

índice de massa corporal, os doentes apresentam valores acima do normal, estando 42.9% dos doentes no estágio de pré-obesidade e 31.1% com obesidade tipo I. Relativamente aos níveis de hemoglobina glicosilada, uma parte significativa dos doentes (66.9%) apresenta valores abaixo de 7%. As complicações associadas à diabetes com mais expressão são a hipertensão (67.1%) e as dislipidemias (57.9%). No entanto, é de salientar um valor considerável de doentes com retinopatia (14.2%).

Variáveis	Nº Absoluto		%		Total %
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	
Índice de massa corporal					
Normal	29	18	8.8	5.4	14.2
Pré obesidade	53	89	16.0	26.9	42.9
Obesidade tipo I	53	50	16.0	15.1	31.1
Obesidade tipo II	19	10	5.7	3.0	8.8
Obesidade tipo III	9	1	2.7	0.3	3.0
HBA1c (%)					
<7	102	106	32.8	34.1	66.9
≥7	52	51	16.7	16.4	33.1
Complicações					
Retionapatia	26	19	8.2	6.0	14.2
Nefropatia	11	11	3.5	3.5	7.0
Pé diabético	2	7	0.6	2.2	2.8
Neuropatia	3	4	0.9	1.3	2.2
Problemas cardiovasculares	19	34	6.0	10.8	16.8
Dislipidemias	94	89	29.7	28.2	57.9
Hipertensão	108	104	34.2	32.9	67.1
Hipoglicemia	4	3	1.3	0.9	2.2
Hiperglicemia	23	23	7.3	7.3	14.6
Disfunção e impotência sexual	1	20	0.3	6.3	6.6

Tabela 15 - Perfil clínico dos doentes

Foi também questionado o acesso dos doentes aos cuidados de saúde (Tabela 16). Considerando a distância de casa dos doentes ao centro de saúde, os dados mostram que a grande maioria dos doentes se encontra relativamente perto do centro de saúde respectivo (72.2 % estão a menos de 5 Km). Concomitantemente, 78.5% dos doentes demora menos de 15 minutos a deslocar-se até ao centro de saúde. No que concerne, à existência de transportes públicos de casa para o centro de saúde, 47.7% menciona a sua existência e 50.2% refere o oposto. A maioria dos doentes (60.5%) indica que não

tem dificuldades em pagar as despesas com a diabetes. Quando existem problemas ou dúvidas sobre a diabetes a maioria dos doentes (88.0%) sabe onde se deve dirigir para solucionar as suas questões.

Variáveis	Nº Absoluto		%		Total %
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	
Tempo CS (min.)					
< 15	123	140	36.7	41.8	78.5
16-30	37	30	11.0	9.0	20.0
31-60	5	0	1.5	0.0	1.5
Distância (Km)					
<5	119	123	35.5	36.7	72.2
6-10	36	33	10.7	9.9	20.6
11-20	4	8	1.2	2.4	3.6
21-40	0	5	0.0	1.5	1.5
>40	6	1	1.8	0.3	2.1
Transportes públicos CS					
Sim	82	77	24.6	23.1	47.7
Não	80	87	24.0	26.1	50.2
Não sabe/ Não responde	3	4	0.9	1.2	2.1
Dificuldade em pagar despesas					
DM					
Sim	72	59	21.6	17.7	39.2
Não	92	110	27.5	32.9	60.5
Não sabe/ Não responde	0	1	0.0	0.3	0.3
Capacidade aceder informação					
Sim	142	150	42.8	45.2	88.0
Não	21	19	6.3	5.7	12.0

Tabela 16 - Acesso dos doentes aos cuidados de saúde

6.2 Processo de empowerment na consulta de diabetes

Inicialmente, tentou perceber-se qual o número de factores que estavam associados às variáveis em estudo. Desta análise obtiveram-se oito factores com valores de *eigenvalues* superiores a 1. A análise do gráfico de *eigenvalues* (*scree plot*) apontou para a retenção de três factores uma vez que a partir do quarto factor o declive da curva diminuía acentuadamente. A solução inicial apresentava um KMO de 0.900, um valor de 3166.062 (*sig* = 0.000) no teste de esfericidade de Barlett, uma variância explicada de

57.480, comunalidades superiores a 0.4 em quatro variáveis e superiores a 0.5 nas restantes, todos os MSA individuais superiores 0.740. O rácio número de respostas/número de variáveis iniciais é de $336/31 = 10.8$.

A esta solução foi aplicada uma rotação varimax para tornar a interpretação dos dados mais clara. De seguida foi feita uma observação das variáveis que apresentavam comunalidades baixas, saturações pouco claras ou que saturavam em mais do que um factor e precedeu-se à sua eliminação. Em consonância, foram também tidos em conta os valores do Alfa de Cronbach para cada factor. Considerando estes indicadores, eliminaram-se as seguintes variáveis: Emp4, Emp7, Emp8, Emp9, Emp10, Emp12, Emp15, Emp17, Emp19, Emp23, Emp26, Emp27, Emp29, Emp30, Emp31.

Depois da eliminação das variáveis, obteve-se uma solução com as seguintes características (Tabela 17):

- KMO = 0.885
- Variância Explicada = 52, 009
- Teste de esfericidade de Bartlett = 1627.553 (*sig* = 0.000)
- Todas as variáveis com comunalidades superiores a 0.4
- Todos os MSA superiores a 0.626
- Rácio número de respostas/número de variáveis iniciais é de $336/16 = 21$

Factor	Saturação	Comunal.	Variância explicada (%)	Variância explicada acum. (%)	Alfa de Cronbach
Factor 1					
EMP18 - Os profissionais de saúde encorajam-me a assumir responsabilidade sobre o meu próprio cuidado.	0.786	0.623	29.948	29.948	0.870
EMP2 - Quando os profissionais de saúde falam comigo sobre a minha doença centram-se na promoção da saúde (ex: alimentação saudável, exercício físico).	0.759	0.590			
EMP1 - Os profissionais de saúde (médico e enfermeiro) mantêm-me actualizado com informação recente sobre a minha doença.	0.699	0.493			
EMP16 - Sinto-me responsável pela gestão da minha doença.	0.688	0.582			
EMP20 - Consigo orientar o encontro com os profissionais de saúde de acordo com as minhas necessidades.	0.672	0.470			
EMP25 - Os profissionais de saúde certificam-se que tenho capacidade para tomar a medicação.	0.651	0.474			
EMP13 - Os profissionais de saúde dão-me o tempo necessário durante as consultas.	0.647	0.461			
EMP21 - Os profissionais de saúde tentam perceber se eu compreendo o que me vai acontecendo no decorrer da doença.	0.647	0.495			
EMP5 - Os profissionais de saúde esforçam-se para que a informação clínica seja fácil de perceber.	0.628	0.422			
EMP3- Estou a par do que consta no meu registo clínico.	0.613	0.415			
Factor 2					
EMP22 - Quando apropriado, os profissionais de saúde dão-me um plano escrito sobre como controlar a minha doença (ex: plano alimentar).	0.677	0.491	12.158	42.106	0.592
EMP24 - Os profissionais de saúde usam diagramas/ esquemas para me explicar algo sobre a minha doença.	0.645	0.428			
EMP11 - Os profissionais de saúde informam-me sobre o que devo esperar de possíveis tratamentos.	0.643	0.491			
EMP14 - Os profissionais de saúde fornecem-me material escrito sobre a minha doença.	0.638	0.455			
Factor 3					
EMP6 - Monitorizo o meu próprio progresso (ex: controlo do peso, controlo das glicemias).	0.833	0.719	9.904	52.009	0.634
EMP28 - Guardo um registo do meu progresso para informar os profissionais de saúde.	0.827	0.714			

Tabela 17 - Factores associados ao empowerment

Tendo em conta os itens agrupados em cada factor, foi feita a sua categorização (Tabela 18).

O Factor 1 explica 30.0 % da variância e é constituído por variáveis que estão associadas à participação do doente na gestão da sua doença.

O Factor 2 explica 12.2% da variância e abrange variáveis relacionadas com o papel educativo do profissional de saúde no processo de *empowerment*, nomeadamente através do fornecimento de informação e material que ajude o doente a gerir a sua doença.

O Factor 3 é o factor que explica menos da variância da amostra e refere-se ao empenhamento do doente no seu auto-cuidado e à sua participação activa no processo de *empowerment*.

Factor	Designação
Factor 1	Participação do doente
Factor 2	Educação do doente
Factor 3	Auto-controlo do doente

Tabela 18 - Designação dos factores associados ao *empowerment*

Como podemos confirmar pela Tabela 19, em termos gerais, as médias das variáveis associadas ao *empowerment* são altas. O Factor 1 apresenta todas as variáveis com média superior a 4, sendo a variável EMP3 uma excepção com média de 3.85. No Factor 2 todas as variáveis apresentam médias abaixo de 4, sendo o item EMP24 o item com a média mais baixa (1.78). Os itens do Factor 3 apresentam médias próximas de 4, traduzindo a percepção que os doentes têm acerca do seu auto-controlo sobre a sua saúde.

Variável	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
EMP1	2	5	4.30	0.58
EMP2	1	5	4.38	0.59
EMP3	1	5	3.85	1.11
EMP4	1	5	4.25	0.83
EMP5	1	5	4.30	0.70
EMP6	1	5	4.09	0.99
EMP7	1	5	4.24	0.76
EMP8	1	5	3.57	1.24
EMP9	1	5	4.62	0.68
EMP10	1	5	2.85	1.29
EMP11	1	5	3.68	1.15
EMP12	1	5	3.76	1.21
EMP13	1	5	4.33	0.64
EMP14	1	5	3.60	1.40
EMP15	1	5	4.13	0.81
EMP16	1	5	4.36	0.70
EMP17	1	5	4.32	0.85
EMP18	1	5	4.24	0.76
EMP19	1	5	1.88	1.30
EMP20	1	5	4.05	0.90
EMP21	1	5	4.06	0.82
EMP22	1	5	3.10	1.58
EMP23	1	5	3.24	1.53
EMP24	1	5	1.78	1.24
EMP25	1	5	4.10	0.87
EMP26	1	5	4.06	0.96
EMP27	1	5	4.07	0.90
EMP28	1	5	3.62	1.41
EMP29	1	5	2.30	1.40
EMP30	1	5	1.89	1.14
EMP31	1	5	3.46	1.31

Tabela 19 - Empowerment dos doentes

Confirmando a tendência das médias altas associadas às variáveis, os factores apresentam também valores relativamente elevados (Figura 12). O Factor 1 apresenta uma média de 4.2, sendo esta a média mais alta, segue-se o Factor 3 com uma média de 3.86 e por último, o Factor 2 com a média mais baixa de 3.04.

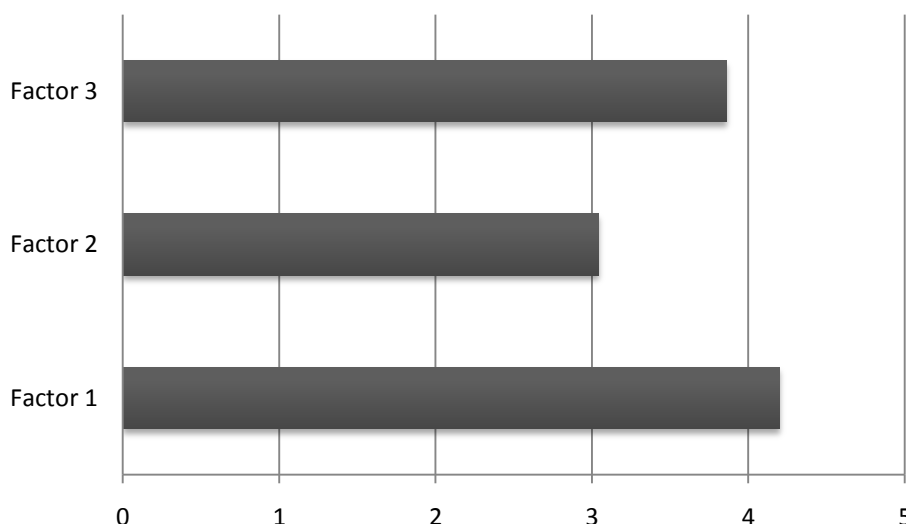


Figura 12 - Médias dos factores associados ao *empowerment*

6.3 Perfil dos doentes relativamente ao processo de empowerment

Os factores resultantes da análise factorial foram submetidos a uma análise de cluster hierárquica. Como método de aglomeração utilizou-se o método do “vizinho mais próximo” e como medida de similaridade entre casos utilizou-se o quadrado da distância euclidiana.

Observando o dendograma e tendo em conta a variação do coeficiente de aglomeração optou-se por uma solução com três clusters, uma vez que na passagem do terceiro para o quarto cluster o coeficiente de aglomeração sofre uma variação acentuada, como se pode verificar na Tabela 20.

Nº de Clusters	Coeficiente de Aglomeração	% de variação no coeficiente quando se muda de nível
9	0.900	2.89
8	0.926	2.27
7	0.947	10.67
6	1.048	13.55
5	1.190	21.18
4	1.442	2.91
3	1.484	43.06
2	2.123	23.08
1	2.613	

Tabela 20 - Variação do coeficiente de aglomeração (empowerment)

De seguida, foi utilizado um método não hierárquico de aglomeração de clusters, o *K-means*. Desta aglomeração resultaram três clusters (Tabela 21), o primeiro com 167 casos, o segundo mais pequeno, com 77 casos e o último com 92 casos.

MeanRanks				
	N	Participação do doente	Educação do doente	Auto-controlo do doente
Cluster 1	167	175.62	235.68	199.60
Cluster 2	77	155.49	154.30	41.19
Cluster 3	92	166.46	58.45	218.60
Total	336			
Chi-square		2.319	199.607	173.840
Df		2	2	2
Asymp. Sig		0.314	0.000	0.000

Tabela 21 - Clusters associados ao empowerment

Foi utilizado o teste de *Kruskal-Wallis* que permitiu confirmar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os clusters para os factores 2 e 3.

O Cluster 1 é composto por doentes que consideram como razoável a sua participação no processo de decisão, consideram que os profissionais de saúde lhes fornecem um bom suporte e que realizam o auto-controlo da doença. Por sua vez o Cluster 2, é composto por doentes que consideram participar no processo de decisão, que recebem um bom suporte por parte dos profissionais e que não fazem o seu auto-controlo. Os doentes pertencentes ao Cluster 3, consideram que têm oportunidade de participar no

processo de decisão, que recebem pouco suporte dos profissionais de saúde e que executam o seu auto-controlo de uma forma rigorosa.

Tendo em conta as características de cada cluster procedeu-se à sua denominação (Tabela 22).

Cluster	Designação
Cluster 1	Doentes com algumas oportunidades de participação, bem apoiados pelos profissionais de saúde e responsáveis pelo auto-cuidado
Cluster 2	Doentes com oportunidade de participação, bem apoiados pelos profissionais de saúde e com poucos hábitos de auto-controlo
Cluster 3	Doentes com oportunidade de participação, pouco apoiados pelos profissionais de saúde e muito responsáveis pelo auto-controlo

Tabela 22 - Denominação dos clusters (empowerment)

Com o objectivo de melhor perceber as características dos doentes, realizou-se a análise das diferenças estatisticamente significativas entres os clusters, tendo em conta as variáveis sócio-demográficas, clínicas, de saúde e de acesso. Esta análise foi efectuada recorrendo ao teste de *Kruskal-Wallis* (Tabela 23) quando são analisadas variáveis contínuas e ao teste do *Chi-quadrado* quando se trata de variáveis categóricas (Tabela 24, Tabela 25 e Tabela 26).

Os clusters diferenciam-se de forma estatisticamente significativa no que respeita aos rendimentos auferidos pelas pessoas que os compõem ($\chi^2=21.220$, $df=12$, $sig=0.047$), ao contexto onde elas vivem ($\chi^2=13.273$, $df=6$, $sig=0.039$) e à idade que têm ($\chi^2=10.332$, $df=2$, $sig=0.006$).

O Cluster 1 é composto, tendencialmente, por pessoas que vivem predominantemente em meios urbanos, que auferem rendimentos intermédios e que são mais novas.

O Cluster 2 é constituído, tendencialmente, por pessoa que vivem na sua maioria em vilas e aldeias, com rendimentos mais altos e que são os mais velhos.

O Cluster 3 é composto, tendencialmente, por pessoas que vivem na cidade, com rendimentos muito baixos e que são mais velhos.

Variáveis	K-means		
	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3
Idade $\chi^2 = 10.332$, $p = 0.006$	151.38	186.22	184.74
Tempo CS $\chi^2 = 1.979$, $p = 0.372$	175.83	161.76	160.84
Distância CS $\chi^2 = 0.152$, $p = 0.927$	170.28	168.34	165.40
Diagnóstico DM $\chi^2 = 2.598$, $p = 0.273$	172.11	153.01	174.91
HBA1c $\chi^2 = 0.602$, $p = 0.740$	156.52	150.45	161.55
IMC $\chi^2 = 1.557$, $p = 0.459$	166.88	155.88	174.48
Nº de Complicações $\chi^2 = 0.184$, $p = 0.912$	157.18	159.01	162.31

Tabela 23 - Variáveis contínuas associadas à segmentação dos clusters de *empowerment*

Variáveis	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3
	%	%	%
Centro de Saúde $\chi^2 = 7.003$, $p = 0.321$			
Aveiro	46.1	36.4	51.1
Ílhavo	22.2	24.7	20.7
Albergaria-a-Velha	16.2	18.2	19.6
Vagos	15.6	20.8	8.7
Género $\chi^2 = 1.208$, $p = 0.547$			
Feminino	47.0	54.5	48.9
Masculino	53.0	45.5	51.1
Estado Civil $\chi^2 = 2.853$, $p = 0.827$			
Casado/ União de facto	69.9	71.4	69.6
Solteiro	7.2	6.5	7.6
Viúvo	12.0	15.6	16.3
Divorciado/ Separado	10.8	6.5	6.5
Agregado Familiar $\chi^2 = 8.351$, $p = 0.595$			
Sozinho	17.4	11.7	22.8
Cônjuge	42.5	44.2	40.2
Cônjuge e outros familiares	28.1	26.0	26.1
Familiares que não cônjuge	9.0	16.9	8.7
Amigos	0.6	0.0	1.1

Tabela 24 - Variáveis nominais associadas à segmentação dos clusters de *empowerment* (I)

Variáveis	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3
	%	%	%
Localidade $\chi^2 = 13.273$, $p = 0.039$			
Cidade	48.5	37.7	51.1
Vila	29.3	28.6	15.2
Aldeia	22.2	33.8	32.6
Escolaridade $\chi^2 = 19.229$, $p = 0.083$			
Nenhuma	4.8	17.1	13.2
Ensino básico (1ºciclo)	65.3	61.8	65.9
Ensino básico (2ºciclo)	5.4	5.3	4.4
Ensino básico (3ºciclo)	5.4	0.0	5.5
Ensino secundário	10.2	9.2	3.3
Ensino profissional	4.2	1.3	4.4
Ensino superior	4.8	5.3	3.3
Profissão $\chi^2 = 19.251$, $p = 0.083$			
Trabalho remunerado por conta de outrem	19.8	13.0	7.6
Trabalho remunerado por conta própria	7.8	7.8	6.5
Desempregado	9.6	0.0	7.6
Incapacitado	3.6	3.9	4.3
Reformado	51.5	64.9	63.0
Doméstico	7.8	9.1	8.7
Rendimento (euros) $\chi^2 = 21.220$, $p = 0.047$			
Até 500	22.9	27.3	35.9
500 -750	24.1	16.9	21.7
750 -1000	19.3	18.2	15.2
1000 -1500	19.9	18.2	13.0
1500 -2000	2.4	11.7	3.3
Superior a 2000	7.2	5.2	3.3

Tabela 25 - Variáveis nominais associadas à segmentação dos clusters de *empowerment* (II)

Variáveis	Cluster 1 %	Cluster 2 %	Cluster 3 %
Terapia DM $\chi^2 = 6.837$, $p = 0.336$			
Apenas regime alimentar	4.2	6.5	4.3
Comprimidos	82.0	89.6	82.6
Insulina	9.6	2.6	10.9
Insulina e comprimidos	4.2	1.3	2.2
Estado de Saúde $\chi^2 = 6.837$, $p = 0.336$			
Muito mau	4,8	5.2	4.3
Mau	9.0	15.6	15.2
Razoável	58.7	48.1	51.1
Bom	25.7	28.6	26.1
Muito bom	1.8	2.6	3.3
Impedimento AVD $\chi^2 = 5.887$, $p = 0.660$			
Nunca	67.7	63.6	63.7
Poucas vezes	16.2	13.0	12.1
Algumas vezes	12.6	15.6	16.5
Frequentemente	3.0	6.5	7.7
Sempre	0.6	1.3	0.0
Transportes públicos CS $\chi^2 = 5.621$, $p = 0.230$			
Sim	52.1	37.7	48.9
Não	46.7	58.4	48.9
Dificuldade em pagar despesas DM $\chi^2 = 7.304$, $p = 0.121$			
Sim	39.5	30.3	45.7
Não	60.5	68.4	54.3
Capacidade aceder informação $\chi^2 = 4.011$, $p = 0.135$			
Sim	90.9	88.3	82.4
Não	9.1	11.7	17.6

Tabela 26 - Variáveis nominais associadas à segmentação dos clusters de *empowerment* (III)

6.4 Qualidade de serviço percebida nos centros de saúde

O processo de análise factorial da escala de qualidade de serviços foi semelhante ao processo de análise efectuada à escala de *empowerment*. Começou-se por transpor as questões que estavam colocadas na negativa: QUAL 7, QUAL 10, QUAL 11, QUAL 12, QUAL 13, QUAL 19, QUAL 20, QUAL 21 e QUAL22. De seguida, identificou-se o número de factores associados às variáveis em estudo. Tendo em conta os valores dos *eigenvalues* superiores a 1 obtiveram-se cinco factores. A solução inicial apresentava um KMO de 0.907, um valor de 3417.297 (*sig* = 0.000) no teste de esfericidade de Barlett, uma variância explicada de 62.119, comunalidades abaixo de 0.5 em duas variáveis e superiores a 0.5 nas restantes 20 variáveis, todos os MSA individuais superiores 0.801. O rácio número de respostas/número de variáveis iniciais é de $336/22 = 15.27$.

A esta solução foi aplicada uma rotação varimax para que a sua interpretação fosse mais fácil e clara. De seguida, efectuou-se a observação das variáveis que apresentavam comunalidades baixas, saturações baixas ou que saturavam em mais do que um factor e analisaram-se os Alfa de Cronbach para cada factor. Este processo levou à eliminação das seguintes variáveis: QUAL9; QUAL19; QUAL22.

A partir da solução obtida, testou-se a consistência interna dos cinco factores obtidos. Dois dos factores apresentavam consistência interna abaixo de 0.6. No entanto, só foram retiradas as variáveis QUAL7, QUAL10 e QUAL17 do factor com a consistência interna mais baixa (0.546) uma vez que, teoricamente, as variáveis também não faziam muito sentido e a variância explicada diminuía com a sua inclusão (66.519). A solução final, representada na Tabela 27, possui as seguintes características:

- KMO = 0.907
- Variância Explicada = 68.373
- Teste de esfericidade de Bartlett = 3417.297 (*sig* = 0.000)
- Todas as variáveis com comunalidades superiores a 0.5
- Todos os MSA superiores a 0.717
- Rácio número de respostas/número de variáveis iniciais é de $336/16 = 21$

O Factor 1 explica 27.1% da variância total e está relacionado com a confiança que os profissionais do centro de saúde transmitem aos doentes. Para além disso, é também assinalada a cortesia dos profissionais para resolverem os problemas do doente.

O Factor 2 é, claramente, um factor constituído por variáveis associadas à prontidão do serviço e à capacidade do serviço para responder adequadamente ao utente. Este factor explica 17.1%% da variância total da amostra.

O Factor 3 explica 14.8% da variância e está associado aos aspectos tangíveis do serviço no centro de saúde.

O Factor 4 comporta variáveis que são baseadas na atenção individualizada que é dada a cada utente e no serviço personalizado que lhe é prestado. Este factor explica a menor percentagem de variância da amostra (9.3%).

Factor	Saturação	Comunal.	Variação explicada (%)	Variação explicada acum. (%)	Alfa de Cronbach
Factor 1					
QUAL16 - Os profissionais do centro de saúde são correctos.	0.807	0.722			
QUAL14 - Pode-se confiar nos profissionais do centro de saúde.	0.765	0.730			
QUAL15 - Os utentes sentem-se seguros nas suas interações com os profissionais do centro de saúde.	0.751	0.697			
QUAL 18 -Pode-se confiar neste centro de saúde.	0.707	0.687			
QUAL6 - Quando se tem problemas ou dúvidas, o centro de saúde trata os utentes de forma simpática e de um modo que transmite confiança.	0.742	0.622	27.142	27.142	0.884
QUAL3 - Os profissionais do centro de saúde (médico, enfermeiros, funcionários administrativos) têm aparência cuidada.	0.641	0.603			
QUAL12 - Os profissionais do centro de saúde nem sempre demonstram boa vontade em ajudar os utentes.*	0.649	0.587			
Factor 2					
QUAL11 - Os profissionais do centro de saúde demoram a atender os utentes.*	0.798	0.696			
QUAL8 - O centro de saúde cumpre com as marcações feitas (ex: hora das consultas).	0.790	0.679			
QUAL13 - Os profissionais do centro de saúde estão demasiado ocupados e não conseguem responder aos pedidos do utente no tempo apropriado.*	0.722	0.630	17.144	44.286	0.809
QUAL5 - O centro de saúde cumpre com rigor os prazos que estabelece para responder a um pedido do utente.	0.713	0.631			
Factor 3					
QUAL1 - O centro de saúde tem equipamento moderno.	0.840	0.762			
QUAL2 - As instalações físicas do centro de saúde são visualmente agradáveis.	0.748	0.755	14.815	59.101	0.818
QUAL4 - As instalações físicas do centro de saúde são adequadas ao tipo de serviço prestado.	0.661	0.673			
Factor 4					
QUAL20 - Os profissionais do centro de saúde não conhecem as necessidades dos utentes. *	0.879	0.790			
QUAL21 - Os profissionais do centro de saúde não têm em consideração os interesses dos utentes.*	0.628	0.678	9.272	68.373	0.578

* itens transpostos

Tabela 27 - Factores associados à qualidade de serviço percebida

Tomando em consideração as variáveis agrupadas em cada factor e as designações anteriormente estabelecidas pelos autores da escala original, atribuíram-se as designações aos factores encontrados empiricamente (Tabela 28).

Factor	Designação
Factor 1	Garantia
Factor 2	Capacidade de resposta
Factor 3	Tangibilidade
Factor 4	Empatia

Tabela 28 - Designação dos factores associados à qualidade de serviço percebida

Uma análise atenta à Tabela 29 mostra que todas as variáveis apresentam médias acima de 3, e que o máximo de todas as variáveis atinge o valor 5, mas que, pelo contrário, o mínimo só abrange o 2.

Variável	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
QUAL1	2	5	3.85	0.81
QUAL 2	1	5	4.18	0.72
QUAL 3	2	5	4.48	0.56
QUAL 4	2	5	4.12	0.76
QUAL 5	1	5	3.82	1.06
QUAL 6	1	5	4.27	0.74
QUAL 7	1	5	4.07	0.94
QUAL 8	1	5	3.85	1.10
QUAL 9	2	5	4.11	0.71
QUAL 10	1	5	4.09	1.02
QUAL 11	1	5	3.44	1.25
QUAL 12	1	5	4.10	0.93
QUAL 13	1	5	3.20	1.20
QUAL 14	1	5	4.40	0.58
QUAL 15	2	5	4.34	0.60
QUAL 16	2	5	4.42	0.60
QUAL 17	2	5	3.62	0.80
QUAL 18	2	5	4.40	0.55
QUAL 19	1	5	3.93	0.93
QUAL 20	1	5	3.64	1.09
QUAL 21	1	5	4.10	0.84
QUAL 22	1	5	3.50	1.14

Tabela 29 - Qualidade de serviço percebida

As médias dos factores também apresentam valores elevados (Figura 13). O Factor 1 apresenta uma média de 4.34, o Factor 2 de 3.58, o Factor 3 de 4.05 e o Factor 4 de 3.87.

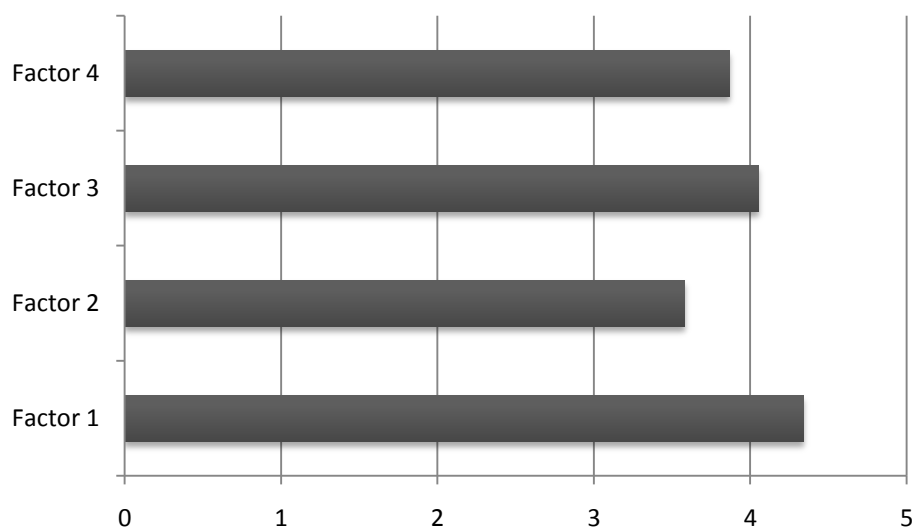


Figura 13 - Média dos factores associados à qualidade de serviço percebida

6.5 Perfil de doentes na percepção de qualidade de serviço

Observando o dendograma e tendo em conta a variação do coeficiente de aglomeração, optou-se por uma solução com três clusters, uma vez que na passagem do terceiro para o quarto cluster o coeficiente de aglomeração sofre uma variação acentuada (Tabela 30).

Nº de Clusters	Coeficiente de Aglomeração	% de variação no coeficiente quando se muda de nível
9	1.831	10.92
8	2.031	0.79
7	2.047	7.91
6	2.209	6.11
5	2.344	0.17
4	2.348	11.63
3	2.621	57.54
2	4.129	28.36
1	5.300	

Tabela 30 - Variação do coeficiente de aglomeração (qualidade de serviço percebida)

A classificação de cada sujeito nos clusters foi posteriormente refinada com o procedimento/método não hierárquico *K-means*. Esta análise deu origem à formação de três clusters, o primeiro com 181 casos, o segundo mais pequeno, com 63 casos e o último com 92 casos.

O teste de *Kruskal-Wallis* permitiu verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os clusters para todos os factores (Tabela 31).

Means Ranks					
	N	Garantia	Capacidade de resposta	Tangibilidade	Empatia
Cluster 1	181	139.27	187.08	155.31	226.95
Cluster 2	63	201.41	40.89	216.56	159.78
Cluster 3	92	203.48	219.33	161.53	59.48
Total	336				
Chi-square		35.557	140.543	19.227	181.936
df		2	2	2	2
Asymp. sig		0.000	0.000	0.000	0.000

Tabela 31 - Clusters associados à qualidade de serviço percebida

O Cluster 1 é constituído por pessoas que, tendencialmente, consideram que os serviços do centro de saúde possuem altos níveis de personalização do cuidado (empatia), boa capacidade de resposta e boas condições físicas (tangibilidade) e pouca capacidade de garantia.

O Cluster 2 é composto por pessoas com tendência a considerar que os serviços do centro de saúde são prestados em boas condições físicas (tangibilidade), que existe elevada capacidade de garantia, alguma personalização dos cuidados (empatia) e pouca capacidade de resposta.

O Cluster 3 é constituído por pessoas que consideram que os serviços do centro de saúde apresentam elevada capacidade de resposta, alguma capacidade de garantia, razoáveis condições tangíveis e baixos níveis de personalização dos cuidados (empatia).

Tendo em conta as características de cada cluster, procedeu-se à sua denominação (Tabela 32).

Cluster	Designação
Cluster 1	Doentes que percebem o serviço do centro de saúde com altos níveis de empatia, média capacidade de resposta e de condições tangíveis e fraca capacidade de garantia.
Cluster 2	Doentes que percebem o serviço do centro de saúde como tendo boas condições tangíveis, média capacidade de garantia e empatia e baixa capacidade de resposta
Cluster 3	Doentes que percebem o serviço do centro de saúde como tendo uma boa capacidade de resposta, média capacidade de garantia e tangibilidade e baixa empatia.

Tabela 32 - Denominação dos clusters da qualidade de serviço percebida

Com o objectivo de melhor perceber as características dos doentes que povoam cada cluster, procedeu-se à análise de diferenças estatisticamente significativas entre eles, tendo em conta as variáveis geográficas, sócio-demográficas e de acessibilidade. Esta análise foi efectuada recorrendo ao teste do Chi-quadrado quando se trata de variáveis categóricas (Tabela 33, Tabela 34 e Tabela 35) e ao teste de *Kruskal-Wallis* (Tabela 23) quando são analisadas variáveis contínuas.

Os clusters diferenciam-se de forma estatisticamente significativa no que respeita ao centro de saúde em que é prestado o cuidado ao diabético ($\chi^2=73.924$, $df=6$, $sig=0.000$), ao estado civil ($\chi^2=14.149$, $df=6$, $sig=0.028$), rendimentos auferidos ($\chi^2=39.724$, $df=12$, $sig=0.000$), localidade onde as pessoas vivem ($\chi^2=24.684$, $df=6$, $sig=0.000$), impedimento que têm em executar as actividades de vida diária (AVD) ($\chi^2=28.158$, $sig=0.000$), existência de transportes públicos para o centro de saúde ($\chi^2=23.509$, $sig=0.000$) e dificuldade em pagar as despesas com a doença ($\chi^2=9.971$, $sig=0.041$).

O Cluster 1 é constituído, maioritariamente, por pessoas pertencentes aos centros de saúde de Aveiro e Ílhavo, que vivem tanto em meios urbanos como semi-urbanos e rurais, com rendimentos intermédios, com algumas condicionantes na execução das actividades de vida diárias, com alguma dificuldade de acesso a transportes públicos e sem dificuldades em pagar as despesas com a diabetes.

O Cluster 2 compreende indivíduos pertencentes aos Centros de Saúde de Albergaria-a-Velha e Vagos, que vivem em meios semi-urbanos ou rurais, com baixos rendimentos, que referem algum impedimento na execução das suas actividades de vida diária, com

dificuldades de acesso a transportes públicos e com dificuldades em pagar as despesas com a diabetes.

O Cluster 3 é composto por pessoas predominantemente pertencentes ao Centro de Saúde de Aveiro, cidadinas, com rendimentos mais elevados, que não têm dificuldade em executar as actividades de vida diária, com fácil acesso a transportes públicos e sem dificuldades em pagar as despesas com a diabetes.

Variáveis	Cluster 1 %	Cluster 2 %	Cluster 3 %
Centro de Saúde $\chi^2 = 73.924$, $p = 0.000$			
Aveiro	38.7	19.0	76.1
Ílhavo	31.5	19.0	6.5
Albergaria-a-Velha	14.4	33.3	13.0
Vagos	15.5	28.6	4.3
Género $\chi^2 = 5.470$, $p = 0.065$			
Feminino	43.3	55.6	56.5
Masculino	56.7	44.4	43.5
Estado Civil $\chi^2 = 14.149$, $p = 0.028$			
Casado/ União de facto	70.0	69.8	70.7
Solteiro	9.4	9.5	1.1
Viúvo	10.0	14.3	21.7
Divorciado/ Separado	10.6	6.3	6.5
Agregado Familiar $\chi^2 = 9.366$, $p = 0.498$			
Sozinho	16.6	14.3	21.7
Cônjuge	39.8	42.9	46.7
Cônjuge e outros familiares	29.8	25.4	22.8
Familiares que não cônjuge	11.0	15.9	6.5
Amigos	0.6	1.6	0.0

Tabela 33 - Variáveis nominais associadas à segmentação dos clusters da qualidade de serviço (I)

Variáveis	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3
	%	%	%
Localidade $\chi^2 = 24.684$, $p = 0.000$			
Cidade	50.3	22.2	56.5
Vila	24.3	41.3	16.3
Aldeia	25.4	36.5	26.1
Escolaridade $\chi^2 = 10.725$, $p = 0.553$			
Nenhuma	7.7	14.5	11.0
Ensino básico (1ºciclo)	62.4	72.6	63.7
Ensino básico (2ºciclo)	6.1	1.6	5.5
Ensino básico (3ºciclo)	4.4	1.6	3.3
Ensino secundário	8.8	3.2	9.9
Ensino profissional	4.4	1.6	3.3
Ensino superior	6.1	3.2	2.2
Profissão $\chi^2 = 13.081$, $p = 0.363$			
Trabalho remunerado por conta de outrem	18.2	7.9	13.0
Trabalho remunerado por conta própria	8.8	4.8	6.5
Desempregado	5.5	11.1	6.5
Incapacitado	2.8	7.9	3.3
Reformado	55.8	60.3	59.8
Doméstico	8.3	7.9	8.7
Rendimento (euros) $\chi^2 = 39.724$, $p = 0.000$			
Até 500	25.0	38.1	25.0
500 -750	17.8	33.3	21.7
750 -1000	22.8	15.9	9.8
1000 -1500	18.3	7.9	22.8
1500 -2000	5.0	4.8	4.3
Superior a 2000	8.3	0.0	4.3

Tabela 34 - Variáveis nominais associadas à segmentação dos clusters da qualidade de serviço (II)

Variáveis	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3
	%	%	%
Terapia DM $\chi^2 = 5.327$, $p = 0.503$			
Apenas regime alimentar	3.3	3.2	8.7
Comprimidos	85.6	82.5	81.5
Insulina	8.3	9.5	7.6
Insulina e comprimidos	2.8	4.8	2.2
Estado de Saúde $\chi^2 = 10.477$, $p = 0.133$			
Muito mau	4.4	7.9	3.3
Mau	9.4	20.6	12.0
Razoável	55.2	54.0	52.2
Bom	28.2	15.9	30.4
Muito bom	2.8	1.6	2.2
Impedimento AVD $\chi^2 = 28.158$, $p = 0.000$			
Nunca	61.9	50.8	83.5
Poucas vezes	17.1	17.5	6.6
Algumas vezes	16.6	19.0	6.6
Frequentemente	3.3	12.7	3.3
Sempre	1.1	0.0	0.0
Transportes públicos CS $\chi^2 = 23.509$, $p = 0.000$			
Sim	42.5	34.9	67.4
Não	54.2	65.1	31.5
Dificuldade em pagar despesas DM			
$\chi^2 = 9.971$, $p = 0.041$			
Sim	33.9	55.6	38.9
Não	65.6	44.4	62.0
Capacidade aceder informação			
$\chi^2 = 4.520$, $p = 0.104$			
Sim	91.1	87.3	82.2
Não	8.9	12.7	17.8

Tabela 35 - Variáveis nominais associadas à segmentação dos clusters da qualidade de serviço (III)

Variáveis	K-means		
	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3
Idade $\chi^2 = 1.858$, $p = 0.395$	161.90	178.19	174.85
Tempo CS $\chi^2 = 4.376$, $p = 0.112$	160.04	168.01	185.48
Distância CS $\chi^2 = 1.831$, $p = 0.400$	163.02	167.83	179.74
Diagnóstico DM $\chi^2 = 2.669$, $p = 0.263$	162.62	185.79	168.23
HBA1c $\chi^2 = 2.007$, $p = 0.367$	159.00	166.07	145.72
IMC $\chi^2 = 1.975$, $p = 0.372$	173.30	158.30	158.54
Nº de Complicações $\chi^2 = 1.451$, $p = 0.484$	156.63	171.21	155.63

Tabela 36 - Variáveis contínuas associadas à segmentação dos clusters da qualidade de serviço

6.6 Análise de regressões

A regressão linear múltipla foi utilizada para testar a relação entre empowerment e satisfação dos doentes e entre qualidade de serviço percebida e a satisfação dos doentes. Foram também analisados os pressupostos dos modelos de regressão, nomeadamente, distribuição normal, homogeneidade e independência dos erros. Foi também avaliado o erro associado à regressão (e) que foi calculado pela raiz quadrada da variância não explicada da regressão.

Primeiro, foi analisada a relação entre os factores associados à qualidade de serviço percebida e a qualidade geral (Tabela 37). Validaram-se os pressupostos da normalidade e homogeneidade dos erros através da análise gráfica. O pressuposto relativo à independência foi validado com a estatística de Durbin-Watson ($d=1.97$). Utilizou-se o VIF para diagnosticar a multicolinearidade, não tendo sido eliminada nenhuma variável, uma vez que os valores se situavam todos à volta de 1.

	Unstandardized Coefficients		t	Sig.
	B	Std. Error		
Constante	3.919		147.590	0.000
Factor 1	0.183	0.027	6.867	0.000
Factor 2	0.163		6.128	0.000
Factor 3	0.138		5.205	0.000
Factor 4	0.116		4.362	0.000
Modelo	R ²	Df	F	Sig
	0.284	4	32.708	0.000

Tabela 37 - Modelo de regressão linear entre a qualidade de serviço percebida e a qualidade geral do serviço

A regressão linear permite perceber que todos os factores associados à qualidade de serviço percebida são, estatisticamente, significativos e preditivos de qualidade geral do serviço. O modelo final explica uma proporção significativa da variável “qualidade geral” ($F(4, 331) = 33$; $p = 0.000$; $R^2 = 0.28$).

De seguida testou-se a relação entre a qualidade geral e a satisfação (Tabela 38). Validaram-se os pressupostos da normalidade e homogeneidade dos erros através da análise gráfica. O pressuposto relativo à independência foi validado com a estatística de Durbin-Watson ($d=1.939$). Utilizou-se o VIF para diagnosticar a multicolineariedade, não tendo sido eliminada nenhuma variável, uma vez que os valores se situavam todos à volta de 1.

	Unstandardized Coefficients		t	Sig.
	B	Std. error		
Constante	2.129	0.040	13.438	0.000
Qualidade geral	0.490		12.263	0.000
Modelo	R ²	Df	F	Sig
	0.311	1	150.371	0.000

Tabela 38 - Modelo de regressão linear entre a qualidade geral do serviço e a satisfação com o serviço

A regressão linear permite perceber que a variável “qualidade geral” é, estatisticamente, significativa e preditiva de satisfação. O modelo final explica uma proporção significativa da variável satisfação ($F(1, 335) = 150$; $p = 0.000$; $R^2 = 0.311$).

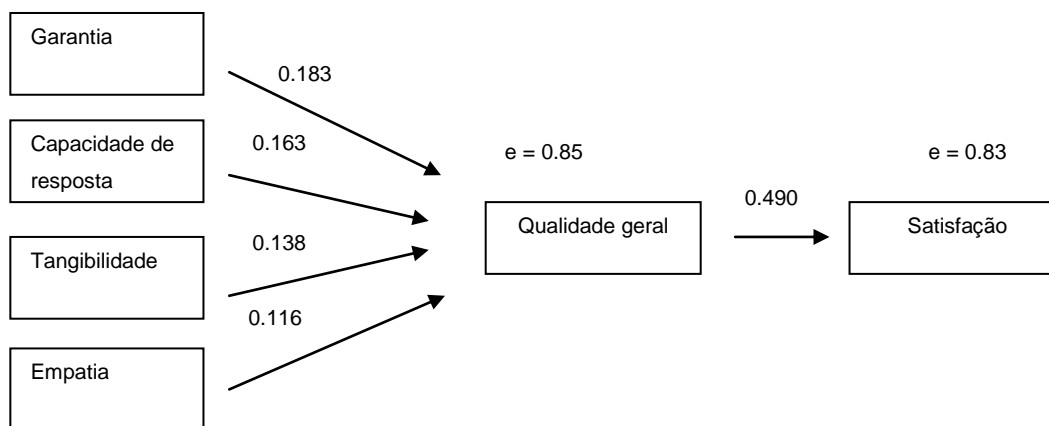


Figura 14 - Relação entre a qualidade de serviço e a satisfação

O segundo modelo tem como propósito perceber se é possível prever satisfação através dos factores associados ao *empowerment* (Tabela 39). Inicialmente, estudaram-se os pressupostos da normalidade e homogeneidade dos erros, verificando-se algum desvio da normalidade e heterogeneidade dos erros. De seguida validou-se o pressuposto da independência com a estatística de Durbin-Watson ($d=1.85$). Utilizou-se o VIF para diagnosticar a multicolineariedade, não tendo sido eliminada nenhuma variável, uma vez que os valores se situavam todos à volta de 1.

	Unstandardized Coefficients		t	Sig.
	B	Std. Error		
Constante	4.051		152.245	0.000
Factor 1	0.127	0.026	4.799	0.000
Factor 2	0.046		1.738	0.083
Factor 3	-0.016		-0.610	0.542
Modelo	R^2	Df	F	Sig
	0.074	3	8.808	0.000

Tabela 39 - Modelo de regressão linear entre o *empowerment* e a satisfação com o serviço

Apesar de alguns pressupostos da regressão linear não serem respeitados procedeu-se à sua análise para confirmar que o modelo não era viável. A regressão linear permite identificar a variável Factor 1 ($\beta = 0.127$; $t(332) = 4.799$; $p = 0.000$) como preditor significativo da variável satisfação. As variáveis Factor 2 ($\beta = 0.046$; $t(332) = 1.738$; $p = 0.083$) e Factor 3 ($\beta = -0.016$; $t(332) = -0.610$; $p = 0.542$) revelam-se pouco significativas para a explicação do modelo. O modelo final explica uma proporção pouco significativa da variável satisfação ($F(3, 332) = 28$; $p = 0.000$; $R^2 = 0.07$), confirmando-se a sua inadequação.

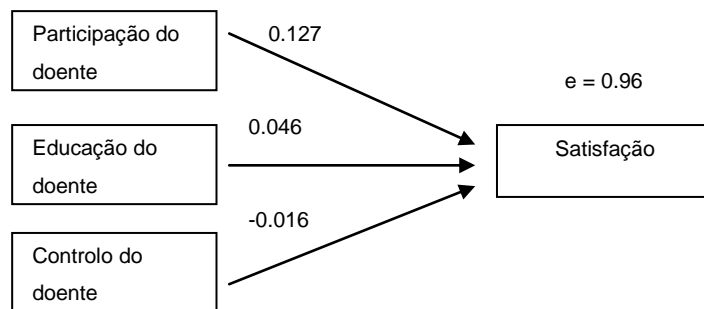


Figura 15 – Relação entre o empowerment e a satisfação

7 Discussão e conclusão

O propósito deste trabalho foi estudar a relação entre a qualidade de serviço percebida e a satisfação dos doentes e entre o *empowerment* e a satisfação dos doentes, no âmbito da consulta de diabetes dos centros de saúde. Dada a natureza exploratória do trabalho, foi também proposto caracterizar o conceito de *empowerment* e investigar a sua aplicação aos cuidados de saúde primários, caracterizar o conceito de qualidade serviço percebida e analisar a sua aplicação aos cuidados de saúde primários, identificar os factores associados *empowerment*, identificar os factores associados à qualidade de serviço percebida, perceber se existem grupos de doentes que entendem o processo de *empowerment* da mesma forma e quais são as características desses grupos e, por fim, perceber se existem grupos de doentes que percebem a qualidade dos serviços da mesma forma e quais são as características desse grupos.

De forma a concretizar os objectivos supracitados, foram entrevistados 336 doentes diabéticos que frequentam a consulta de diabetes nos centros de saúde pertencentes ao ACES BV II. Depois da recolha de dados estes foram tratados estatisticamente, recorrendo ao *software* PAWS Statistics 18.

No presente capítulo faz-se a discussão dos resultados encontrados, referem-se as limitações inerentes ao trabalho e apontam-se possíveis linhas de investigação futura.

7.1 Discussão dos resultados

Da caracterização feita à amostra em estudo, importa realçar que esta é constituída, na sua maioria, por indivíduos com idade superior a 60 anos, com uma escolaridade e rendimentos baixos e que lidam com a diabetes há mais de seis anos, tendo, por isso, bastante experiência com a doença.

No que concerne à percepção dos doentes sobre o *empowerment*, pode afirmar-se que esta é positiva, uma vez que a escala apresenta uma média global de 3.7, numa variação de 1 a 5 na escala de Likert.

Identificaram-se três factores que traduzem o processo de *empowerment* na consulta de diabetes: a participação do doente, a educação do doente e o auto-controlo do doente. Os factores encontrados vão de encontro aos referidos por Ouschan (2006). No entanto, os itens associados a cada factor não se mantiveram iguais aos encontrados no estudo original, tendo sido eliminado um número considerável de itens. Para além disso, a qualidade do instrumento não se revelou tão robusta como a do instrumento original. Uma explicação possível para este achado reside no facto de a população abrangida no estudo original ter sido inquirida por carta, o que pressupõe algum nível de escolaridade e de entendimento dos itens. O mesmo não acontece na amostra estudada neste trabalho, que apresenta baixa escolaridade e que revelou alguma dificuldade na compreensão dos itens.

O Factor 1 corresponde à participação do doente no processo de decisão e explica grande parte da variância (30%). Este factor apresenta uma média de 4.2, sendo por isso a média mais alta dos três factores. Tendo em conta estes resultados, depreende-se que os doentes consideram que têm oportunidade e capacidade para participar activamente no processo de decisão.

O Factor 2 diz respeito à educação do doente e explica aproximadamente 12% da variância. Este factor apresenta a média mais baixa de todos os factores, sendo o seu valor de 3.04. Por um lado, isto pode significar que os doentes consideram que os profissionais de saúde não lhes proporcionam a educação e o suporte suficientes. Mas, por outro lado, isto pode dever-se à baixa escolaridade ou mesmo ao analfabetismo da população estudada que pode inibir o fornecimento de material escrito aos doentes (EMP14), as explicações por meio de esquemas ou diagramas (EMP24) e o fornecimento de planos escritos para ajudar no controlo da doença (EMP22). A literacia em saúde apresenta-se como um elemento essencial no processo de *empowerment* do doente (Bridges, et al., 2008). A falta de competências, por parte dos doentes, para compreender e usar a informação que lhes é fornecida exige dos profissionais de saúde um ajuste das estratégias utilizadas na educação dos doentes.

O Factor 3 compreende o controlo do doente e explica, aproximadamente, 10% da variância. Este factor apresenta uma média de 3.86, revelando que os doentes consideram que fazem o seu auto-controlo de uma forma eficaz, nomeadamente, através da medição diária das glicemias e do respectivo registo.

Tendo em conta os resultados gerais dos factores, conclui-se que os doentes dos centros de saúde se sentem envolvidos nas consultas específicas de diabetes e no seu próprio cuidado.

A análise de clusters subsequente permitiu identificar e caracterizar três grandes grupos de doentes que percebem o processo de *empowerment* da mesma forma.

O primeiro grupo é constituído por pessoas que consideram ter algumas oportunidades de participação na decisão, que são bem apoiados pelos profissionais de saúde e que se dizem responsáveis pelo seu auto-cuidado. Neste cluster estão agrupadas pessoas que vivem em meios urbanos, com rendimentos médios e mais novas.

O segundo grupo compreende doentes que consideram que têm oportunidade de participação, que se sentem bem apoiados pelos profissionais de saúde e que admitem ter poucos hábitos de auto-controlo. Este cluster é composto por indivíduos que vivem em contextos semi-urbanos e rurais, que têm rendimentos altos e são mais velhos.

O terceiro grupo é formado por doentes com oportunidade de participação, que se sentem pouco apoiados pelos profissionais de saúde e que dizem fazer o auto-controlo da doença. Este cluster é constituído por pessoas que vivem na cidade, com rendimentos muito baixo e que são mais velhos.

Relativamente à relação entre a percepção de empowerment dos doentes e a sua satisfação conclui-se que o modelo não é adequado. A única dimensão associada ao processo de *empowerment* que contribui significativamente para explicar a satisfação dos doentes com os serviços recebidos é a participação do doente nas decisões. Tanto a educação do doente como o auto-controlo do doente não são estatisticamente significativos para explicar a satisfação do doente. Assim, o modelo global testado explica uma percentagem irrisória da variável satisfação, não havendo por isso evidência empírica de que o *empowerment* é um antecedente da satisfação dos doentes, no universo estudado. Estes resultados não confirmam a ideia de que o empowerment está associado à satisfação do consumidor (Hunter & Garnefeld, 2008).

No que refere à percepção dos doentes relativamente à qualidade dos serviços prestados no centro de saúde, a média global da escala é de quatro, apontando para uma boa percepção de qualidade de serviço.

A análise factorial aplicada à escala SERVPERF permitiu a identificação de quatro determinantes da qualidade: garantia, capacidade de resposta, tangibilidade e empatia. Estas dimensões não correspondem na totalidade às encontradas na escala original (Cronin & Taylor, 1992). A dimensão “fiabilidade” que corresponde à capacidade de um serviço corresponder ao serviço prometido não sobressaiu da análise efectuada. Esta ausência pode dever-se ao facto de os centros de saúde não obedecerem a uma lógica de mercado, onde não há publicidade ao serviço, não havendo por isso uma promessa feita em relação a esse serviço.

O Factor “garantia” explica uma variância de 27% e apresenta uma média alta (4.34), o que indica que os doentes consideram que os profissionais de saúde têm conhecimentos ajustados aos cuidados que prestam e são corteses, inspirando confiança.

O Factor “capacidade de resposta” explica uma variância de 17% e apresenta uma média relativamente baixa (3.58), comparativamente aos restantes factores. Isto revela que os doentes percebem como limitada a capacidade dos centros de saúde prestarem serviços com prontidão.

O Factor “tangibilidade” do serviço explica uma variância de, aproximadamente, 15 % e apresenta uma média de 4.05, o que indica que os doentes consideram que os centros de saúde têm boas condições em termos de recursos físicos e aparência dos funcionários.

O Factor “empatia” explica uma variância de 9% e apresenta uma média de 3.87, demonstrando que os doentes percebem algum carinho e atenção individualizada por parte dos funcionários dos centros de saúde.

Depois de perceber quais são os factores associados à qualidade percebida dos serviços, foi feita a análise de Cluster para perceber se haveria grandes grupos de doentes que percebiam a qualidade da mesma forma, tendo sido identificados três grupos distintos.

O Cluster 1 é composto por doentes que consideram que os serviços do centro de saúde apresentam bons níveis de personalização dos cuidados, razoável capacidade de resposta e de condições físicas e baixa capacidade de garantia. Este grupo é constituído por pessoas dos Centros de Saúde de Aveiro e Ílhavo, que vivem em contextos rurais, urbanos e semi-urbanos, com rendimentos altos, com algumas limitações na execução

das actividades de vida diária, com algumas dificuldades de acesso a transportes públicos para o centro de saúde e sem dificuldades em pagar as despesas com a diabetes. Apesar não ser estatisticamente significativo, estão aqui agrupadas pessoas mais novas e com um nível de escolaridade superior.

O Cluster 2 é constituído por doentes que consideram que os serviços do centro de saúde apresentam boas condições físicas, razoável capacidade de garantia e de personalização e pouca capacidade de resposta. Este grupo é formado por indivíduos pertencentes ao Centro de Saúde de Albergaria-a-Velha e Vagos, que vivem em meios mais ruralizados, com baixos rendimentos, que referem algum impedimento na execução das actividades de vida diária, com dificuldades de acesso a transportes públicos e com dificuldades em pagar as despesas com a diabetes. Apesar de não ser estatisticamente significativo este grupo apresenta o maior número de pessoas sem escolaridade e com mais idade. Dado o perfil dos doentes, poderá tratar-se de pessoas com mais dificuldades de acesso aos serviços de saúde e com maiores necessidades de cuidados de saúde e que, por isso, percebem baixa capacidade de resposta, por parte do centro de saúde.

O Cluster 3 é formado por pessoas que consideram que os serviços dos centros de saúde têm boa capacidade de resposta, razoável capacidade de garantia e de condições físicas e pouca personalização dos serviços. Este grupo é constituído por pessoas do Centro de Saúde de Aveiro, citadinas, com rendimentos intermédios, que não têm dificuldade em executar as actividades de vida diária e sem dificuldades em pagar as despesas com a diabetes.

Relativamente à relação entre a qualidade de serviço percebida e a satisfação, foram encontradas evidências da relação entre estas variáveis. A partir da análise de um primeiro modelo de regressão averiguou-se se os factores associados à qualidade percebida prediziam a qualidade geral do serviço. Deste modelo conclui-se que as quatro dimensões associadas à qualidade percebida dos serviços contribuíam significativamente para prever a qualidade geral. As dimensões que mais contribuem para a percepção de qualidade geral são a garantia e capacidade de resposta e as que menos contribuem são a tangibilidade e a empatia. O segundo modelo estudado teve como objectivo perceber se a qualidade geral é um antecedente da satisfação. Concluindo-se algum valor preditivo da qualidade geral de serviço em relação à satisfação. Estes resultados corroboram a posição de alguns autores, que defendem que a qualidade de serviço é um antecedente da satisfação (E. W. Anderson, et al., 1994; Boulding, et al., 1993; Cronin & Taylor, 1992).

7.2 Limitações do estudo

Apesar de todo o rigor metodológico empreendido nesta investigação, existem limitações inerentes a este trabalho.

O facto de a amostra seleccionada neste trabalho não ser aleatória apresenta-se como uma limitação, uma vez que neste tipo de amostragem não se conhece a probabilidade de determinado elemento ser seleccionado. No entanto, de entre as abordagens não aleatórias, a amostragem por quotas afigura-se vantajosa, uma vez que permite uma aproximação, o mais fidedigna possível, à realidade em estudo.

Outra limitação do trabalho relaciona-se com o facto de a recolha de dados ter sido realizada apenas nos centros de saúde do ACES BV II, o que impossibilita a generalização destes resultados a outros centros de saúde do país.

Por último, outro aspecto a ter em conta prende-se com o facto de os indivíduos em estudo apresentarem uma escolaridade bastante baixa, o que dificultou a compreensão das perguntas e a percepção da escala de resposta.

Apesar das limitações apresentadas, considera-se que o objectivo deste trabalho foi alcançado e que este pode ser útil a vários níveis. Ao nível científico, permite o enriquecimento das temáticas em análise, pela validação empírica das teorias subjacentes e o alargar de hipóteses para estudos subsequentes, mais aprofundados. Ao nível do centro de saúde, este estudo revela-se uma mais-valia, uma vez que permite ao órgão executivo e clínico do ACES BV II compreender a percepção dos doentes em relação à qualidade dos serviços e ao seu envolvimento e capacidade de decisão em todo o processo de cuidado. Para além disso, o trabalho permite perceber quais são as determinantes para a satisfação dos doentes diabéticos, possibilitando a identificação de áreas de actuação e melhoramento no seio dos centros de saúde envolvidos.

7.3 Propostas de investigação futura

Este estudo permitiu explorar as temáticas da qualidade de serviço percebida e do *empowerment* nos doentes diabéticos, no contexto da consulta específica de diabetes dos centros de saúde.

Uma linha interessante de estudo passará por uma abordagem do processo de *empowerment* na óptica dos profissionais de saúde. Uma vez que o processo de *empowerment*, a um nível micro, envolve dois actores - os doentes e os profissionais de saúde -, é pertinente estudar de que forma é entendido este processo pelos profissionais. Este tipo de investigação será relevante para que a implementação de abordagens baseadas no *empowerment* possam ser operacionalizadas de uma forma efectiva.

Seria também pertinente replicar este estudo em diabéticos tipo I, uma vez que são doentes mais jovens, com um nível educacional mais elevado, com mais acesso à informação e com outro tipo de necessidades, podendo, por isso, ter um entendimento diferente do processo de *empowerment*.

No que refere à qualidade de serviço, este trabalho centra-se no estudo da dimensão funcional dos serviços de saúde, ou seja a forma como o serviço foi prestado ao doente. Seria também útil estudar a dimensão técnica do serviço, mais relacionada com a qualidade do cuidado e os resultados em saúde. Estas duas abordagens complementam-se, permitindo analisar a questão da qualidade de uma forma integral, porque não basta que um serviço seja bom na forma como é prestado, é também essencial que surta resultados para o utente.

Na mesma linha de pensamento, seria também interessante relacionar a qualidade de serviço percebida pelos doentes com resultados epidemiológicos, como mortalidade e morbilidade. Isto permitiria fazer uma comparação entre a qualidade de serviço percebida e indicadores objectivos de qualidade em saúde.

No seguimento deste trabalho, seria também importante utilizar abordagens estatísticas mais poderosas, recorrendo a modelos de equações estruturais que permitam estudar, de uma forma holística, os conceitos de qualidade de serviço percebida, de *empowerment* e de satisfação.

Por último, numa lógica de mercado, seria útil relacionar o *empowerment* e a qualidade de serviço percebida com os comportamentos dos consumidores, nomeadamente no que refere à lealdade do consumidor para com o serviço.

7.4 Conclusão

Numa época em que o doente é um parceiro nos serviços de saúde, torna-se fundamental adquirir conhecimentos científicos que forneçam indicações sobre como organizar e prestar os cuidados para que estes respondam, adequadamente, às necessidades reais dos doentes. Adoptar estratégias baseadas no *empowerment* e garantir a qualidade de serviço na consulta de diabetes é essencial para se alcançarem cuidados de saúde de excelência, nos centros de saúde, em Portugal.

Ao terminar este trabalho, conclui-se que os objectivos propostos inicialmente foram alcançados e que a metodologia definida foi adequada à sua execução. Os resultados encontrados revelam bastante interesse tanto a nível científico, como das organizações de saúde.

Ao nível científico, o trabalho possibilitou o aprofundamento dos conceitos de qualidade de serviço percebida e de *empowerment* nos cuidados de saúde primários e possibilitou a integração de conhecimentos das áreas da saúde e da gestão.

Ao nível das organizações de saúde, o trabalho fornece uma base exploratória sobre as dimensões associadas ao processo de *empowerment* e sobre o perfil de doentes em relação a este processo. De realçar que a baixa escolaridade da população estudada compromete a sua literacia em saúde e inequivocamente o processo de *empowerment*, havendo assim, uma necessidade de definir estratégias que permitam aos profissionais de saúde dar o suporte adequado a este tipo de doentes. Apesar disso, a percepção dos doentes em relação ao processo de *empowerment* é francamente positiva. Este trabalho acrescenta também conhecimento sobre as determinantes da qualidade de serviço percebida e sobre o perfil dos doentes em relação à qualidade de serviço. Destaca-se ainda a avaliação positiva da qualidade dos serviços e a necessidade de uma maior capacidade de resposta dos centros de saúde para melhorar ainda mais os serviços prestados. Por último, é dada uma orientação sobre alguns antecedentes associados à satisfação dos doentes com os serviços de saúde. Concluindo-se que a qualidade de serviço contribui para a satisfação dos doentes, não se conseguindo encontrar resultados tão categóricos em relação ao *empowerment*.

8 Bibliografia

- Abackerli, A. J., Miguel, P. A. C., & Salomi, G. G. (2005). SERVQUAL x SERVPERF: comparação entre instrumentos para avaliação da qualidade de serviços internos. *Gestão & Produção*, 12, 279-293.
- ADA. (2010a). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 33 Suppl 1, S62-69.
- ADA. (2010b). Standards of medical care in diabetes - 2010. *Diabetes Care*, 33(1), 11-61.
- Adolfsson, E. T., Smide, B., Gregeby, E., Fernstrom, L., & Wikblad, K. (2004). Implementing empowerment group education in diabetes. *Patient Educ Couns*, 53(3), 319-324.
- Adolfsson, E. T., Starrin, B., Smide, B., & Wikblad, K. (2008). Type 2 diabetic patient's experiences of two different educational approaches - a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 986-994.
- Adolfsson, E. T., Walker-Engström, M. L., Smide, B., & Wikblad, K. (2007). Patient education in type 2 diabetes - a randomized controlled 1 year follow-up study. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 76, 341-350.
- American Diabetes Association, A. (2010). Standards of medical care in diabetes - 2010. *Diabetes Care*, 33(1), 11-61.
- Anderson, E. W., Fornell, C., & Lehmann, D. R. (1994). Customer Satisfaction, Market Share, and Profitability: Findings from Sweden. *Journal of Marketing*, 58(July).
- Anderson, E. W., & Sullivan, A. G. (1993). The Antecedents and Consequences of Customer Satisfaction in Firms. *Marketing Science*, 12(2), 125-143.
- Anderson, R. M., & Funnell, M. M. (2009). Patient empowerment: Myths and misconceptions. *Patient Educ Couns*.
- Anderson, R. M., Funnell, M. M., Aikens, J. E., Krein, S. L., Fitzgerald, J. T., Nwankwo, R., et al. (2009). Evaluating the Efficacy of an Empowerment-Based Self-Management

- Consultant Intervention: Results of a Two-Year Randomized Controlled Trial. *Ther Patient Educ*, 1(1), 3-11.
- Anderson, R. M., Funnell, M. M., Fitzgerald, J. T., & Marrero, D. G. (2000). The Diabetes Empowerment Scale: a measure of psychosocial self-efficacy. *Diabetes Care*, 23(6), 739-743.
- Aujoulat, I., d'Hoore, W., & Deccache, A. (2007). Patient empowerment in theory and practice: polysemy or cacophony? *Patient Educ Couns*, 66(1), 13-20.
- Babakus, E., & Mangold, W. G. (1992). Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. *Health Serv Res*, 26(6), 767-786.
- Bartunek, J. M., & Spreitzer, G. M. (2006). The interdisciplinary career of popular construct used in management. *Journal of Management Inquiry*, 15(3), 255-273.
- Bastiaens, H., Sunaert, P., Wens, J., Sabbe, B., Jenkins, L., Nobels, F., et al. (2009). Supporting diabetes self-management in primary care: pilot-study of a group-based programme focusing on diet and exercise. *Primary Care Diabetes*, 3, 103-109.
- Bitner, M. (1990). Evaluating service encounters: the effects of physical surroundings and employee responses. *Journal of Marketing*, 54(April), 69-82.
- Boegner, C., Fontbonne, A., Vidal, M., Mouls, P., & Monnier, L. (2008). Evaluation of a structured educational programme for type 2 diabetes patients seen in private practice. *Diabetes and Metabolism*, 34, 243-249.
- Bolton, R. N., & James, H. D. (1991). A longitudinal analysis of the impact of service changes on customer attitudes. *Journal of Marketing*, 55(January), 1-9.
- Borgermans, L., Goderies, G., Ouwens, M., Wens, J., Heyrman, J., & Grol, R. (2008). Diversity in diabetes care programmes and views on high quality diabetes care: are we in need of a standardized framework? . *International Journal of Integrated Care*, 24(April).
- Boulding, W., Kalra, A., Staelin, R., & Zeithaml, A. (1993). A Dynamic Process Model of Service Quality: from expectations to behavioral intentions. *Journal of Marketing Research*, 3(February), 7-27.
- Bridges, J. F. P., Loukanova, S., & Carrera, P. (2008). Patient empowerment in health care.

- Buttle, F. (1996). SERVQUOL: review, critique, research agenda. *European Journal of Marketing*, 30(1), 8-32.
- Chamberlin, J. (1997). A working definition of empowerment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20(4), 43-46.
- Ciccone, M. M., Aquilino, A., Cortese, F., Scicchitano, P., Sassara, M., Mola, E., et al. (2010). Feasibility and effectiveness of a disease and care management model in the primary health care system for patients with heart failure and diabetes (Project Leonardo). *Vascular Health and Risk Management*, 6, 297-305.
- Correia, L., Boavida, J., Cardoso, M., Correia, L., Duarte, J., Duarte, R., et al. (2009). *Diabetes: factos e números - Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*: Observatório da Diabetes.
- Cronin, J., Steven, J., & Taylor, J. (1994). SERVPERF Versus SERVQUAL: Reconciling Performance-Based and Perceptions-Minus-Expectations Measurement of Service Quality. *Journal of Marketing*, 58(January), 125-131.
- Cronin, J., & Taylor, J. (1992). Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. *Journal of Marketing*, 56, 55-68.
- Dagger, T., Sweeney, J., & Johnson, L. (2007). A hierarchical model of health service quality: scale development and investigation of an integrated model *Journal of Service Research*, 10(2), 123-142.
- Deakin, T. A., Cade, J. E., Williamst, R., & Greenwood, D. C. (2006). Structured patient education: the Diabetes X-Pert Programme makes a difference. *Diabetic Medicine*, 23, 944-954.
- Dewalt, D. A., Berkman, N. D., Sheridan, S., Lohr, K. N., & Pignone, M. P. (2004). Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. *J Gen Intern Med*, 19(12), 1228-1239.
- DGS. (2008). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can it be assessed? *JAMA*, 260, 1743-1748.
- Donabedian, A. (1990). The seven pillars of quality. *Archives of pathology & laboratory medicine*, 114(11).

- Donabedian, A. (1992). Quality assurance in health care: consumer's role. *Quality in Health Care*, 1, 247-251.
- Elder, N. C., Regan, S. L., Pallerla, H., Levin, L., Post, D., & Cegela, D. J. (2007). Development of an instrument to measure seniors' patient safety health beliefs: the Seniors Empowerment and Advocacy in Patient Safety (SEAPS) survey. *Patient Educ Couns*, 69(1-3), 100-107.
- Enehaug, I. (2000). Patient participation requires a change of attitude in health care. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 13(4), 178-181.
- ESS. (2008). European Social Survey. Retrieved 22/01, 2010, from http://www.europeansocialsurvey.org/index.php?option=com_content&view=article&id=23&Itemid=318
- Feste, C., & Anderson, R. (1995). Empowerment: from philosophy to practice. *Patient Education and Counseling*, 26, 139-144.
- Funnell, M., & Anderson, A. (2002). Working Toward the Next Generation of Diabetes Self-Management Education. *American Journal of Preventive Medicine*, 22, 3-5.
- Funnell, M., & Anderson, R. (2004). Empowerment and self-management of diabetes. *Clinical Diabetes*, 22(3), 123-127.
- Funnell, M. M., Anderson, R. M., Arnold, M. S., Barr, P. A., Donnelly, M., Johnson, P. D., et al. (1991). Empowerment: an idea whose time has come in diabetes education. *Diabetes Educ*, 17(1), 37-41.
- Gagnon, M., Hebert, R., Dube, M., & Dubois, M. F. (2006). Development and validation of the Health Care Satisfaction Questionnaire (HCSQ) in elders. *J Nurs Meas*, 14(3), 190-204.
- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *J Adv Nurs*, 16(3), 354-361.
- Gill, L., & White, L. (2009). A critical review of patient satisfaction. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 22(1), 8-19.
- Glasgow, R. E., Fisher, L., Skaff, L., Mullan, J., & Toobert, D. J. (2007). Problem solving and diabetes self-management. *Diabetes Care*, 30(1), 33-37.
- Grönroos, C. (1984). A Service Quality Model and its Marketing Implications. *European Journal of Marketing*, 18(4), 36-44.

- Grönroos, C. (1990). *Service Management and Marketing: Managing the Moment of Truth in Service Competition*. Boston: Lexington Books.
- Grönroos, C. (2000). *Service Management and Marketing: a customer relationship management approach* (Second ed.). Chichester: Wiley.
- Grönroos, C. (2007). *Service management and marketing: customer management in service competition* (Third ed.): Wiley.
- Gummesson, E. (1987). The New Marketing: Developing Long-term Interactive Relationships. *Long Range Planning*, 20, 10-20.
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R., & Black, W. (1995). *Multivariate Data Analysis*: Prentice Hall.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2000). *Investigação por questionário* (First ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Hom, W. (2000). An Overview of Customer Satisfaction Models. Retrieved 30/07, 2010, from http://www.eric.ed.gov/ERICWebPortal/search/detailmini.jsp?_nfpb=true&_ERICExtSearch_SearchValue_0=ED463825&_ERICExtSearch_SearchType_0=no&accn_o=ED463825
- Hunter, G. L., & Garnefeld, I. (2008). When does consumer empowerment lead to satisfied customers? Some mediating and moderating effects of the empowerment-satisfaction link. *Journal of Research for Consumers*(15).
- IDF. (2010). Prevalence estimates of diabetes mellitus Retrieved 23/10, 2010, from <http://www.diabetesatlas.org/content/prevalence-estimates-diabetes-mellitus-dm-2010>
- Jameson, J., Kasper, D., Fauci, A., Braunwald, E., Longo, D., & Hauser, S. (2006). *Harrison's Endocrinology* (First ed.).
- Kahn, C. R., Weir, G. C., King, G. L., Moses, A. C., Smith, R. J., & Jacobson, A. M. (2004). *Joslin's Diabetes Mellitus* (Fourteenth ed.).
- Keers, J. C., Links, T. P., Bouma, J., Scholten-Jaegers, S. M. H. J., Gans, R. O. B., & Sanderman, R. (2005). Diabetes rehabilitation: effects of multidisciplinary intensive education programme for diabetic patients with prolonged self-management difficulties. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 12(2), 117-126.

- Lewin, D., & Piper, S. (2007). Patient empowerment within a coronary care unit: insights for health professionals drawn from a patient satisfaction survey. *Intensive Crit Care Nurs*, 23(2), 81-90.
- Loukanova, S., & Bridges, J. F. P. (2008). Empowerment in medicine: an analysis of publication trends 1980-2005. *Central European Journal of Medicine*, 3(1), 105-110.
- Marôco, J. (2010). *Análise Estatística com o PASW Statistics (ex-SPSS)*. Lisboa: Report Number.
- Menon, S. T. (2002). Toward a model of psychological health empowerment: implications for health care in multicultural communities. *Nurse Educ Today*, 22(1), 28-39.
- Minet, L., Moller, S., Vach, W., Wagner, L., & Henriksen, J. E. (2009). Mediating the effect of self-care management intervention in type 2 diabetes: a meta-analysis of 47 randomised controlled trials. *Patient Education and Counseling*.
- Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? *Int J Public Health*, 54(5), 303-305.
- Oliver, R. L. (1980). A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. *Journal of Retailing*, 17(Novemeber), 490-469.
- Oliver, R. L. (1997). *Satisfaction: A Behavioral Perspective on the Consumer*. New York: McGraw-Hill.
- OPSS. (2010). *Relatório de Primavera 2010*. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde.
- Ouschan, R., Sweeney, J., & Johnson, L. (2006). Customer empowerment and relationship outcomes in healthcare consultations. *European Journal of Marketing*, 40(9/10), 19p.
- Ouschan, R., Sweeney, J. C., & Johnson, L. W. (2000). Dimensions of patient empowerment: implications for professional services marketing. *Health Mark Q*, 18(1-2), 99-114.
- Parasuraman, A., Berry, L., & Zeithaml, V. (1988). SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12-40.

- Parasuraman, A., Berry, L., & Zeithaml, V. (1991). Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale. *Journal of Retailing*, 67(4), 420-450.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, 49, 41-50.
- Peastana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais - a complementariedade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Perkins, D. D., & Zimmerman, M. A. (1995). Empowerment theory, research, and application. *Am J Community Psychol*, 23(5), 569-579.
- Pibernik-Okanovic, M., Prasek, M., Poljicanin-Filipovic, T., Pavlic-Renar, I., & Metelko, Z. (2004). Effects of an empowerment-based psychosocial intervention on quality of life and metabolic control in type 2 diabetic patients. *Patient Educ Couns*, 52(2), 193-199.
- Presser, S., Rothgeb, J., Couper, J., Lessler, J., Martin, E., Martin, J., et al. (2004). *Methods for testing and evaluating survey questionnaires*: Wiley.
- Rappaport, J., Swift, C., & Hess, R. (1984). *Studies in empowerment - steps toward understanding and action*. New York: The Haworth Press.
- Roberts, K. J. (1999). Patient empowerment in the United States: a critical commentary. *Health Expect*, 2(2), 82-92.
- Rogers, E. S., Chamberlin, J., Ellison, M. L., & Crean, T. (1997). A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatr Serv*, 48(8), 1042-1047.
- Saúde, O. P. d. S. d. (2010). *Relatório de Primavera 2010*. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde.
- Shiu, A. T., Martin, C. R., Thompson, D. R., & Wong, R. Y. M. (2005). Empowerment and metabolic control in patients with diabetes mellitus. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 9, 88-91.
- Sofaer, S., & Firminger, K. (2005). Patient perceptions of the quality of health services. *Annual Review of Public Health*, 26, 513-559.
- SSA. (2008). *Relatório de Actividades*. Aveiro: Sub-região de Saúde de Aveiro.

- Tang, T. S., Funnell, M. M., Brown, M. B., & Kurlander, J. E. (2009). Self-management support in "real-world" settings: An empowerment-based intervention. *Patient Educ Couns.*
- Taylor, K. (2009). Paternalism, participation and partnership - the evolution of patient centeredness in the consultation *Patient Education and Counseling*, 74, 150-155.
- Tengland, P. A. (2007). Empowerment: a goal or a means for health promotion? *Med Health Care Philos*, 10(2), 197-207.
- Vicente, P., Reis, E., & Ferrã, F. (2001). *Sondagens: A amostragem como factor decisivo de qualidade*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Wathieu, L., Brenner, L., Carmon, Z., Chattopadhyay, A., Wertenbroch, K., Drolet, A., et al. (2002). Consumer Control and Empowerment: A Primer. *Marketing Letters*, 13(3), 297-305.
- WHO. (1995). *Physical Status: the use and interpretation of anthropometry*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2002). *Innovative Care for Chronic Conditions*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2006). *Quality of care : a process for making strategic choices in health systems*. Geneva: World Health Organization.
- Wild, S., Roglic, G., Green, A., Sicree, R., & King, H. (2004). Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*, 27(5), 1047-1053.
- Wilde, B., Starrin, B., Larsson, G., & Larsson, M. (1993). Quality of care from a patient perspective-a grounded theory study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 7(2), 113-120.
- Zimmerman, M. A. (1990). Taking Aim on Empowerment Research: On the Distinction Between Individual and Psychological Conceptions. *American Journal of Community Psychology*, 18(1).
- Zimmerman, M. A. (1995). Psychological empowerment: issues and illustrations. *Am J Community Psychol*, 23(5), 581-599.

Legislação

Portaria nº655/1007. Diário da República, 45, I Série de 30 de Julho.

Anexos

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS DOENTES

Estudo: Qualidade dos serviços, satisfação e empowerment dos doentes diabéticos que utilizam os cuidados de saúde primários.

Investigadores responsáveis: Professora Doutora Silvina Santana (Universidade de Aveiro); Dr.^a Ana Félix (Centro de Saúde de Aveiro); Marta Viana (Universidade de Aveiro)

Eu, Marta Viana, na qualidade de Aluna do Mestrado em Gestão das Organizações de Saúde gostaria de contar com a sua participação num estudo que estou a realizar neste Centro de Saúde. O objectivo deste trabalho é analisar a relação entre o empowerment do doente diabético, a sua satisfação com os cuidados de saúde primários e qualidade percebida destes mesmos serviços. Para tal, preciso da sua colaboração no preenchimento do questionário associado a este estudo.

(Marta Viana)

Eu
concordo em participar nesta investigação. Estou consciente que os dados serão mantidos confidenciais.

_____, ____ / ____ / ____

ANEXO II

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO E DE SAÚDE

As questões que se seguem referem-se à sua informação pessoal e de saúde. Este questionário é anónimo e os dados recolhidos são mantidos de forma confidencial. Não há respostas certas nem erradas, responda de uma forma objectiva e franca.

1. Sexo

☐₁ Feminino

☐₂ Masculino

2. Idade

_____ anos

3. Estado Civil

☐₁ Casado

☐₅ Divorciado

☐₂ União de facto

☐₆ Separado

☐₃ Solteiro

☐₉₉ NS/NR

☐₄ Viúvo

4. Agregado familiar

☐₁ Sozinho

☐₅ Com empregado

☐₂ Cônjuge

☐₆ Lar

☐₃ Familiares que não cônjuge

☐₇ Outro

☐₄ Com amigos

☐₉₉ NS/NR

5. Qual é aproximadamente, o rendimento médio mensal do seu agregado familiar, depois de descontos?

☐₁ Até 500 euros

☐₅ De 1500 a 2000 euros

☐₂ De 500 a 750 euros

☐₆ Superior a 2000 euros

☐₃ De 750 a 1000 euros

☐₉₉ NS/NR

☐₄ De 1000 a 1500 euros

6. Qual é o nível de escolaridade mais elevado que terminou?

- ☐1 Nenhum
- ☐2 Ensino básico (1º ciclo ou equivalente)/4ª classe/Antiga Primária
- ☐3 Ensino básico (2º ciclo ou equivalente)/6º ano/Antigo ciclo preparatório
- ☐4 Ensino básico (3º ciclo ou equivalente)/9º ano/Antigo unificado
- ☐5 Ensino secundário (12º ano)
- ☐6 Ensino profissional ou tecnológico (nível 1 ou 2)
- ☐7 Ensino profissional ou tecnológico equivalente ao 12º ano
- ☐8 Formação profissional superior de curta duração (até 2 anos)
- ☐9 Formação profissional superior de curta duração (3 anos)
- ☐10 Bacharelato
- ☐11 Licenciatura
- ☐12 Pós-graduação
- ☐13 Mestrado
- ☐14 Doutoramento
- ☐99 NS/NR

7. Qual destas afirmações melhor descreve a sua situação actual ou o que fez no mês passado?

- ☐1 Trabalho remunerado: por conta de outrem
- ☐2 Trabalho remunerado: por conta própria, ou profissão liberal
- ☐3 Estudante
- ☐4 Desempregado
- ☐5 Incapacitado ou de baixa
- ☐6 Reformado
- ☐7 Em serviço militar
- ☐8 Doméstico / A cuidar de crianças (p.e.em licença de paternidade)
- ☐9 Outro
- ☐99 NS/NR

8. Como descreve a zona onde vive?

- ☐1 Cidade
- ☐2 Vila
- ☐3 Aldeia ou casa isolada
- ☐99 NS/NR

9. Há quanto tempo é que o seu médico lhe disse que tinha diabetes? _____

10. Qual o tratamento que faz para a diabetes?

☐₁ Apenas regime alimentar

☐₂ Comprimidos

☐₉₉ Insulina injectável

11. Com que frequência é que a Diabetes o impede de fazer as suas actividades de vida diária?

☐₁ Nunca

☐₄ Frequentemente

☐₂ Poucas vezes

☐₅ Sempre

☐₃ Algumas vezes

12. Como avalia o seu estado de saúde neste momento?

☐₁ Muito mau

☐₄ Bom

☐₂ Mau

☐₅ Muito bom

☐₃ Razoável

13. Qual é a distância da sua casa ao centro de saúde? _____ Km

14. Existe transporte público de sua casa para o centro de saúde?

☐₁ Sim

☐₂ Não

☐₉₉ NS/NR

15. Tem dificuldade em pagar as despesas que tem com a diabetes?

☐₁ Sim

☐₂ Não

☐₉₉ NS/NR

16. Sabe onde se deve dirigir quando tem algum problema ou dúvida sobre a diabetes?

☐₁ Sim

☐₂ Não

☐₉₉ NS/NR

EMPOWERMENT

As questões que se seguem relacionam-se com a sua doença crónica (Diabetes Mellitus) e com a consulta de Diabetes que frequenta neste Centro de Saúde. Para cada afirmação indique até que ponto é que concorda ou não com a afirmação feita.

	Discordo muito	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo muito
1. Os profissionais de saúde (médico e enfermeiro) mantêm-me actualizado com informação recente sobre a minha doença.	1	2	3	4	5
2. Quando os profissionais de saúde falam comigo sobre a minha doença centram-se na promoção da saúde (ex: alimentação saudável, exercício físico).	1	2	3	4	5
3. Estou a par do que consta no meu registo clínico.	1	2	3	4	5
4. Os profissionais de saúde informam-me sobre potenciais complicações associadas à minha doença (ex: retinopatia, pé diabético, hipertensão).	1	2	3	4	5
5. Os profissionais de saúde esforçam-se para que a informação clínica seja fácil de perceber.	1	2	3	4	5
6. Monitorizo o meu próprio progresso (ex: controlo do peso, controlo das glicemias).	1	2	3	4	5
7. Sei o que me pode levar a ter certos sintomas ligados à doença (Ingestão excessiva de açúcares, falta de medicação; falta de exercício – hiperglicemia;	1	2	3	4	5
8. Tenho alterado significativamente o meu estilo de vida e hábitos para melhorar a minha saúde.	1	2	3	4	5
9. Asseguro-me que tenho medicação sempre acessível.	1	2	3	4	5
10. Faço muitas perguntas durante as consultas.	1	2	3	4	5
11. Os profissionais de saúde informam-me sobre o que devo esperar de possíveis tratamentos.	1	2	3	4	5
12. Os profissionais de saúde dão-me instruções claras sobre o que fazer em diferentes situações (hiperglicémia, hipoglicemia, pé diabético).	1	2	3	4	5
13. Os profissionais de saúde dão-me o tempo necessário durante as consultas.	1	2	3	4	5
14. Os profissionais de saúde fornecem-me material escrito sobre a minha doença.	1	2	3	4	5
15. Os profissionais de saúde certificam-se que tenho capacidade para monitorizar o meu progresso (ex: controlo do peso, controlo das glicemias).	1	2	3	4	5
16. Sinto-me responsável pela gestão da minha doença.	1	2	3	4	5
17. Estou atento a sinais de risco (ex: bolhas ou cortes nos pés; glicemias descontroladas)	1	2	3	4	5

18. Os profissionais de saúde encorajam-me a assumir responsabilidade sobre o meu próprio cuidado.	1	2	3	4	5
19. Falo com os profissionais de saúde sobre cuidados alternativos (não tradicionais) (ex:chá).	1	2	3	4	5
20. Consigo orientar o encontro com os profissionais de saúde de acordo com as minhas necessidades.	1	2	3	4	5
21. Os profissionais de saúde tentam perceber se eu compreendo o que me vai acontecendo no decorrer da doença.	1	2	3	4	5
22. Quando apropriado, os profissionais de saúde dão-me um plano escrito sobre como controlar a minha doença (ex: plano alimentar).	1	2	3	4	5
23. Os profissionais de saúde informam-me sobre sessões de esclarecimento e outros serviços de saúde a que eu possa recorrer.	1	2	3	4	5
24. Os profissionais de saúde usam diagramas/ esquemas para me explicar algo sobre a minha doença.	1	2	3	4	5
25. Os profissionais de saúde certificam-se que tenho capacidade para tomar a medicação.	1	2	3	4	5
26. Preocupo-me mais em manter a minha doença controlada do que com os problemas graves da doença (cegueira, amputação).	1	2	3	4	5
27. Tenho controlo sobre os meus sintomas diários (ex: Sede e secura da boca, excessiva eliminação de urina, falta de forças – Hiperglicemia).	1	2	3	4	5
28. Guardo um registo do meu progresso para informar os profissionais de saúde.	1	2	3	4	5
29. Partilho com os profissionais de saúde informação de outras fontes (família, amigos, comunicação social, livros, internet).	1	2	3	4	5
30.Tenho opinião na escolha do tratamento.	1	2	3	4	5
31.Informo os profissionais de saúde sobre as minhas preocupações.	1	2	3	4	5

SERVPERF – Centro de Saúde

As questões que se seguem relacionam-se com a sua opinião sobre o Centro de Saúde onde frequenta as consultas de Diabetes. Para cada afirmação indique até que ponto acredita que o Centro de Saúde possui a características indicada.

	Discordo muito	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo muito
1. O centro de saúde tem equipamento moderno.	1	2	3	4	5
2. As instalações físicas do centro de saúde são visualmente agradáveis.	1	2	3	4	5
3. Os profissionais do centro de saúde (médico, enfermeiros, funcionários administrativos) têm aparência cuidada.	1	2	3	4	5
4. As instalações físicas do centro de saúde são adequadas ao tipo de serviço prestado.	1	2	3	4	5
5. O centro de saúde cumpre com rigor os prazos que estabelece para responder a um pedido do utente.	1	2	3	4	5
6. Quando se tem problemas ou dúvidas, o centro de saúde trata os utentes de forma simpática e de um modo que transmite confiança.	1	2	3	4	5
7. O centro de saúde não disponibiliza um atendimento individualizado aos utentes.	1	2	3	4	5
8. O centro de saúde cumpre com as marcações feitas (ex: hora das consultas).	1	2	3	4	5
9. O centro de saúde mantém os registos dos utentes actualizados.	1	2	3	4	5
10. O centro de saúde não comunica com exactidão aos utentes a altura em que um serviço vai ser prestado.	1	2	3	4	5
11. Os profissionais do centro de saúde demoram a atender os utentes.	1	2	3	4	5
12. Os profissionais do centro de saúde nem sempre demonstram boa vontade em ajudar os utentes.	1	2	3	4	5
13. Os profissionais do centro de saúde estão demasiado ocupados e não conseguem responder aos pedidos do utente no tempo apropriado.	1	2	3	4	5
14. Pode-se confiar nos profissionais do centro de saúde.	1	2	3	4	5
15. Os utentes sentem-se seguros nas suas interacções com os profissionais do centro de saúde.	1	2	3	4	5
16. Os profissionais do centro de saúde são correctos.	1	2	3	4	5
17. Os profissionais recebem, do centro de saúde, apoio adequado ao bom desempenho das suas tarefas.	1	2	3	4	5
18. Pode-se confiar neste centro de saúde.	1	2	3	4	5

19. Os profissionais do centro de saúde não disponibilizam atenção personalizada aos utentes.	1	2	3	4	5
20. Os profissionais do centro de saúde não conhecem as necessidades dos utentes.	1	2	3	4	5
21. Os profissionais do centro de saúde não têm em consideração os interesses dos utentes.	1	2	3	4	5
22. O horário praticado pelo centro de saúde não convém a todos os utentes.	1	2	3	4	5

23. Globalmente, considero os serviços prestados pelo centro de saúde:	Muito mau	Mau	Nem mau nem bom	Bom	Muito bom
	1	2	3	4	5

24. Relativamente aos serviços prestados pelo centro de saúde, considero-me globalmente:	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
	1	2	3	4	5

REGISTO CLÍNICO

1. HbA1c (hemoglobina glicosilada)
2. Peso
3. Altura
4. Complicações associadas à diabetes?
 - ☐1 Retinopatia (lesão na retina)
 - ☐2 Nefropatia (lesão dos rins)
 - ☐3 Pé diabético
 - ☐4 Neuropatia (lesão nos nervos do organismo)
 - ☐5 Problemas Cardiovasculares (angina do peito, ataques cardíaco, acidentes vasculares cerebrais)
 - ☐6 Dislipidemias
 - ☐7 Hipertensão
 - ☐8 Hipoglicemia
 - ☐9 Hiperglicemia
 - ☐10 Disfunção e impotência sexual
 - ☐11 Nenhuma